



Sähköiset järjestelmät mielenterveystyön tukena

Lindberg, Teija

Väkkärä, Rauni

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Sähköiset järjestelmät mielenterveystyön tukena

Lindberg Teija
Väkkärä Rauni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2013

Lindberg Teija ja Väkkärä Rauni

Sähköiset järjestelmät mielenterveyshoitojen tukena

Vuosi

2013

Sivumäärä

47

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan nykytilan valmiuksia hoitaa ja ohjata potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan sähköisten järjestelmien käytöstä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Opinnäytetyö on osa Pro Stars -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on valmistella sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja kliiniseen sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköissä vuosina 2012-2013.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kysely rajattiin koskemaan Paloniemen sairaalan osastojen 1-4 hoitohenkilökuntaa. Osastojen osastonhoitajat lähettivät sähköpostilla kyselyt vastaajille. Kysely lähetettiin 62 hoitohenkilökunnan jäsenelle ja vastauksia saatiin uusintakyselyn jälkeen 18 kappaletta eli 29 prosenttia. Kyselyyn vastanneista naisia oli 16 ja miehiä oli 2. Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä oli suurimmalla osalla vastaajista 6-10 vuotta. Työsuhde oli 15 henkilöllä vakituinen ja 3 henkilöllä sijaisuus. Vastaajista sähköisiä järjestelmiä oli hyödyntänyt 12 henkilöä ja kuusi vastaajaa ei ollut hyödyntänyt niitä. Sähköisen ohjauksen tarpeelliseksi koki 14 vastaajista ja neljä koki sen tarpeettomaksi.

Tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta käyttää työssään erilaisia sivustoja hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen apuna. Hoitohenkilökunta koki myös, että sähköisistä järjestelmistä oli hyötyä potilaan kotiutuessa ja elämän hallinnassa. Hoitosuhdetta voidaan ylläpitää sähköisten järjestelmien avulla ja asiakasta pystytään ohjaamaan ja motivoimaan nopeasti. Nuoret mielenterveyspalvelujen asiakkaat osaavat itsenäisesti hakea monipuolista tietoa terveydestä ja sairaudesta. Vastauksissa mainittiin haasteena iäkkäät mielenterveyspalveluiden asiakkaat. Heidän oma kokemuksensa tietotekniikasta voi olla vähäistä, joten hoitohenkilökunnan rooli ohjaajana on suuri. Sähköisten järjestelmien mahdollisuutena koettiin potilaan osallistuminen tiedon hakuun ja siitä saatu onnistumisen kokemus. Asianmukaiset tilat ja laitteistot edistävät sähköisten järjestelmien käyttöä. Haasteena koettiin, että ei ole riittävästi aikaa ohjaukseen ja keskusteluun potilaan kanssa. Sähköisten järjestelmien käytön esteenä voi olla myös potilaan huono psyykkinen vointi.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että hoitohenkilökunta on käyttänyt tietotekniikkaa potilaan ohjauksessa ja suurin osa heistä kokee sen tarpeelliseksi. Potilaan koettiin myös hyötyvän ohjauksesta. Ohjaukseen toivottiin koulutusta. Yhteisesti sovittujen sivustojen käyttöä kannatettiin. Ohjaukseen tarvittavat tilat ja laitteistot kaipaavat päivitystä ja niihin toivottiin lisäresursseja. Kyselyn perusteella voitiin todeta, että sähköisiä järjestelmiä halutaan ja osataan käyttää mielenterveyshoitojen työssä ja tätä työtapaa ollaan halukkaita kehittämään.

Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää avohoidon henkilökunnan valmiuksista hyödyntää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveyshoito, sähköiset järjestelmät, ohjaaminen.

Lindberg Teija and Väkkärä Rauni

Information technology as aid of mental health services

Year 2013

Pages

47

The purpose of this thesis was to survey nursing staff's readiness at the present state to treat and guide patients with the help of electronic systems. The goals of the thesis are to provide information of nursing staff's use of electronic systems in patient's treatments and guidance. The thesis is a part of Pro Stars project. The purpose of the project is to prepare the implementation of electronic systems (e-services) and to develop those patient-oriented services that apply to clinical electronic transactions in Lohja nursing area's different units in the years 2012-2013.

The material used in this thesis was gathered with an electronic questionnaire. The inquiry was limited to concern the nursing staff of Paloniemi hospital departments 1 to 4. The head nurse of each department forwarded the questionnaires to the interviewees via email. The questionnaire was sent to a total of 62 members of the nursing staff and after a renewal of the inquiry total of 18 answers were received, giving a response rate of 29 per cent, consisting of 16 female and two male employees. The majority of employees had 6 to 10 years of work experience in psychiatric nursing, with 15 of the employees having a permanent employment, and three having a provisional one. 12 people among the nursing staff had utilized electronic systems before, and six of them had not. 14 of the interviewees felt that the electronic guidance was necessary, and four did not.

The results show that nursing staff use different kinds of websites for planning and implementation of their daily work. They experienced that electronic systems were useful also in the patient's life management after the treatment was complete. The care relationship can be maintained with electronic systems and the patient can be guided and motivated quickly. Young mental patients can independently seek for diverse information about health and disease. In the research more elderly mental patients were mentioned as a challenge. Their personal experience with information technology can be limited and therefore the guiding role of the nurse is significant. Patient participation to information gathering and the feeling of achievement caused by it was considered as an opportunity. Proper premises and equipment seem to promote the usage of electronic systems. The fact that there may not be enough time for guidance and interaction with the patient was considered a challenge. Even the physical condition of the patient may be a usage barrier of electronic systems.

As a conclusion it was noted that nursing staff had used information technology in the guidance of the patient and most of them considered it necessary. They also experienced that patients benefit from the guidance. Still, some training was requested for patient guidance. Usage of commonly agreed net sites was supported. The premises and equipment required for the guidance were considered to need upgrading and additional resources were invited. Based on the questionnaire it can be stated that nurses are able to and willing to use electronic systems in mental healthcare and that there is a willingness to develop this mode of work. Further research could clarify how is the nursing staff of the non-institutional care prepared to use electronic systems in patient care and guidance.

Keywords: Mental health, mental healthcare, electronic systems, guidance.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen tausta	7
2.1	Pro Stars -hanke	7
2.2	Mielenterveyshoitotyö	9
2.3	Lainsäädännöllistä taustaa	11
2.4	Ohjaus ja tietoteknologia	12
2.4.1	Mielenterveyshoitotyössä käytettyjä ohjausmenetelmiä	12
2.4.2	Sähköiset järjestelmät	16
2.4.3	Tietoteknologia mielenterveyshoitotyössä	17
2.4.4	Hoitotyöntekijän rooli	18
3	Tutkimuskysymykset	19
4	Tutkimusmenetelmät	19
4.1	Aineiston keruu	22
4.2	Tutkimusaineiston analyysi	22
4.3	Tutkimuksen etiikka	23
4.4	Tutkimuksen luotettavuus	24
5	Tutkimustulokset	25
5.1	Taustatiedot	26
5.2	Sisällön analyysi	30
5.3	Sähköisten järjestelmien hyödyntäminen mielenterveystyössä	31
5.4	Sähköisten järjestelmien hyöty mielenterveyshoitotyön ohjaustilanteissa	31
5.5	Mielenterveyshoitotyössä potilasohjausta edistävät asiat	31
5.6	Mielenterveyshoitotyössä potilasohjausta estävät asiat	32
5.7	Tulosten tarkastelua ja kehitysehdotuksia	32
6	Pohdinta	34
	Lähteet	36
	Liitteet	39
	Kuviot	43

1 Johdanto

Pro Stars -hanke on sähköisten palveluiden kehittämisen yhteistyöhanke. Sen tarkoituksena on valmistella sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja kliiniseen sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköissä vuosina 2012-2013. (Hus 2012b.)

Hyvän mielenterveyden omaavalla henkilöllä on kyky henkilökohtaiseen tunneilmaisuun, toisista välittämiseen ja rakkauteen, hyviin ihmissuhteisiin sekä kyky ja halu vuorovaikutukseen. Ihmisellä on terve mieli silloin, kun hän kykenee säilyttämään oman kokemusmaailmansa aitouden. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2003, 13-17.) Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien hoito kuuluvat tiiviisti mielenterveystyöhön. Sen tärkein päämäärä on edistää persoonallisuuden kasvua ja lisätä ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25-30.) Lain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu erilaisten mielenterveyspalvelujen järjestäminen ja mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Laki sähköisestä asioinnista käsittelee sähköistä tiedonsiirtoa sähköpostin välityksellä, sähköisten lomakkeiden käyttöä tai käyttöoikeutta sähköiseen tietojärjestelmään. (Laki sähköisestä asioinnista 2003/13.) Sähköisestä tunnistamisesta annettu laki määrittelee sen, miten käyttäjät yksilöidään ja tunnustetaan. Heitä voidaan tunnistaa salasanalla, sirukortilla tai jollakin muulla tunnistusvälineellä, joka on vain omistajan hallussa. (Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta sähköisistä allekirjoituksista 2009/617.)

Ohjauksen muodot ovat muuttumassa ja tiedon tarjonta on laaja. Nykitekniikka mahdollistaa tiedon välityksen erilaisten kanavien kautta. Ihmisten on välillä vaikea hahmottaa, mitä uskoa ja mitä ei. (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 10.) Tietoverkon kautta kulkeva ohjaus on yleistynyt, vaikka hoitotyössä se on vielä melko vähäistä. Usein erilaisia tietokoneohjelmia käytetään ohjauksen tukena. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon asiakkaan tiedot ja tietokoneen käyttötaidot. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, & Renfors 2007, 122-123.)

Tässä opinnäytetyössä etsittiin teoretietoa sähköisten järjestelmien yleiskäytöstä ja perehdytään erityisesti mielenterveyshoitotyön sovellutuksiin. Aikaisempia tutkimuksia aiheesta on tehty tietotekniikkaan pohjautuvasta potilasopetuksesta psykiatrisessa hoitotyössä (Anttila 2012), tietoteknologian käytöstä hoitohenkilöstön työssä (Asikainen, Maass, Mäenpää & Suominen 2008), mielenterveyspotilaan käsityksiä tietoteknologian käytöstä (Warro 2008) hoitohenkilökunnan valmiuksista hyödyntää informaatioteknologiaa (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen, & Nenonen 2007) sekä tietoteknologian avulla toteutetusta potilasopetuksesta (Makkonen 2007).

Opinnäytetyön aiheena on selvittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulossyksikössä työskentelevän hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan nykytilan valmiuksia hoitaa ja ohjata potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Tämä opinnäytetyö on osa Pro Stars -hanketta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan sähköisten järjestelmien käytöstä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tutkimus toteutettiin osittain määrällisellä ja osittain laadullisella tutkimusmenetelmällä.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Pro Stars -hanke

Hankkeen tarkoituksena on valmistella sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja kliiniseen sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköissä vuosina 2012-2013. Hankkeessa mukana on myös Lohjan sairaalan synnytys- ja naistentautien osasto (osasto 2), jossa tavoitteena on ruotsikielisten perheiden ohjaaminen heidän äidinkielellään sähköisten palveluiden avulla. Toinen hankkeeseen valittu osasto on Lohjan sairaalan kirurginen vuodeosasto (osasto 3), jossa tavoitteena on sähköisten toimintatapojen hyödyntäminen potilasohjauksessa ja opetuksessa. Dialyysiosasto osallistuu myös Pro Stars -hankkeeseen. Siellä tavoitteina ovat potilaan aseptisen tietämyksen lisääminen ja fistelin hoidon oppiminen. Ohjauskanavana hyödynnetään multimediapäätteitä.

Psykiatrian tavoitteena on olemassa olevien ICT-ratkaisujen hyödyntäminen potilaan hoidon ja kuntoutuksen tukena, "Terveys CV". Yksiköt toimivat kehittäjinä ja pilottiyksikköinä yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa. Hankkeessa tehdään lähtötilanteen kysely kaikille Lohjan sairaanhoitoalueen hoitohenkilökunnalle sähköisten palvelujen käytöstä ja hoitotyön kehittämistoiminnasta. Hankkeeseen liittyy myös teoreettisen taustan selvittäminen sähköisten palveluiden suunnittelusta ja käytöstä yhdessä Laurean hoitotyön opiskelijoiden kanssa. (Hus 2012b.)

Hankkeen vaikutukset eri sidosryhmille ovat, että potilaat saavat tulevaisuudessa käyttöönsä heidän lähtökohdistaan suunniteltuja sähköisiä palveluita. Hoitohenkilökunta oppii hyödyntämään sähköisiä menetelmiä potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Käyttökelpoiset sähköiset menetelmät sujuvoittavat toimintaa ja edistävät taloudellisuutta. (Hus 2012b.)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävänä on koko Lohjan sairaanhoitoalueen alueella asuvien asukkaiden psykiatristen sairauksien vaatimien avo- ja sairaalapalvelujen järjestäminen. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestetään yhteistyössä muiden erikoissairaanhoidon yksi-

köiden, kansanterveystyön ja sosiaalitoimen eri toimijoiden kanssa. Hoitotyössä käytetään uusimpia menettelytapoja ja hoidon korkea laatutaso varmistetaan henkilökunnan koulutuksella ja työnohjauksella. (Saloheimo 2011, 10.)

Paloniemen psykiatrinen sairaala sijaitsee Lohjalla. Sairaalassa on neljä osastoa ja yhteensä 60 sairaansijaa. Osasto 1 on psykiatrinen akuutti osasto, jossa hoidetaan akuutisti sairastuneita potilaita ja sellaisia potilaita, jotka tarvitsevat välitöntä sairaalahoidtoa. Sairaansijoja on 13. Ensisijaisesti osastolla hoidetaan psykoosipotilaita, vakavaa masennusta potevia potilaita, vakavassa itsemurhavaarassa olevia potilaita sekä akuutissa kriisissä olevia potilaita. Hoitoaika on keskimäärin kolme viikkoa. Osa potilaista pääsee suoraan kotiin ja osa siirtyy jatkohoitoon sairaalan muille osastoille. Hoidossa toteutetaan moniammatillista yhteistyötä, hyvän hoidon periaatteita ja laatuvaatimuksia. Potilashoidon kulmakivinä ovat sosiaalisen ympäristön huomioiminen perhe-, pari- tai verkostotapaamisten muodossa. (Hus 2012a.)

Osasto 2 on psykiatrinen hoito- ja kuntoutusosasto, jossa on 17 sairaansijaa. Hoitoajat voivat olla lyhyitä tai pitkiä kuntouttavia hoitajaksoja. Hoitotyössä toimitaan omahoitajamallin mukaisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Tavoitteena on, että potilas ottaisi vastuun omasta elämästään. Hoitomuotoina käytetään kognitiivista terapiaa, perhe- ja verkostotapaamisia, omahoitajasuhdetta, ratsastus-, toiminta-, taide- ja musiikkiterapiaa sekä kotikäyn-tejä. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi osastolla on päiväpotilas-, intervalli- ja jälkipoliklinikkahoitoa. Osastolla on pääasiassa skitsofreniaa tai muita pitkäaikaista ja kuntouttavaa hoito-otetta vaativia psykiatrisia sairauksia sairastavia potilaita. (Hus 2012a.)

Osasto 3 on psykogeriatrinen osasto, jossa on 15 sairaansijaa. Osa sairaansijoista on intervallikuntoutukseen tuleville ja ikääntyneiden psykiatriin tutkimuksiin ja hoitoon tuleville. Osa sairaansijoista on pitkäaikaispotilaita varten. Potilaan tutkimuksissa apuna käytetään somaattisia tutkimuksia eli laboratoriotutkimuksia, aivojen kuvantamistutkimuksia, kliinisiä neurofysiologian menetelmiä sekä lääkeainepitoisuusmäärityksiä. Osastolla toimii omahoitajasuhde ja perhe- ja verkostotapaamiset ovat käytössä. (Hus 2012a.)

Osasto 4 toimii sairaalan aikuispsykiatrisena avo-osastona. Osasto on 15-paikkainen. Osastolla hoidettavilla saattaa psyykkisen sairauden lisäksi olla myös päihdeongelma. Potilaat voivat kärsiä myös masennus- ja ahdistusoireista, synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai psykoosista. Osastolla on mahdollista toteuttaa myös työkykyarvioita. Hoitosuunnitelma tehdään jokaisen potilaan kanssa. Moniammatillinen työryhmä hoitaa potilaita ja omaiset ovat tärkeässä roolissa potilaan hoidon onnistumisessa. (Hus 2012a.)

2.2 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveydestä puhuttaessa ajatellaan usein vain mielenterveyshäiriöitä. Positiivisen mielenterveyskäsite pyrkii ohjaamaan ongelma- ja sairausnäkökulmista pois päin. Positiivinen mielenterveys on kivijalka, minkä varaan ihminen tukeutuu. (Kuhanen ym. 2010, 17.) Positiivinen mielenterveys sisältää kolme osatekijää, jotka ovat koherenssin tunne, tyytyväisyys itseensä ilman muutoksia ja itseluottamus. Tutkimuksen mukaan henkilökohtaiset taloudelliset kriisit tai työttömyys heikensivät positiivista mielenterveyttä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että koherenssin tunne ja tyytyväisyys itseensä ovat vahvempia maaseudulla asuvien keskuudessa. Sohlmanin mielestä tutkimuksissa tulisi kiinnittää huomiota positiivista mielenterveyttä suojaaviin ja tukeviin tekijöihin. (Sohlman 2004, 119-137.)

Mielenterveystyö voidaan jakaa myös kolmeen eri toimintaan. Primaaripreventio eli edistävää toimintaa pyrkii tunnistamaan mielenterveyttä edistäviä yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia tekijöitä ja voimistamaan niitä. Sekundaaripreventio eli häiriöiden ehkäisemiseen tähtäävä toiminta pyrkii tunnistamaan uhkaavia tekijöitä, jotka kohdistuvat mielenterveyteen ja myös pyrkii torjumaan niitä. Ihanteellinen tilanne on se, että potilaan oireet pystytään tunnistamaan nopeasti ja hoito aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa. Tertiaaripreventio eli korjaavaan toimintaan kuuluu mielenterveysongelmien tutkimus, kuntoutus ja hoito. Tämän tarkoituksena on helpottaa potilaan elämää ja vähentää sairauden tuomaa häiriötä. (Kuhanen ym. 2010, 25-30.)

Mielenterveyshoitotyö on osa mielenterveystyötä. Sitä kuvataan hoitajan itsenäisesti toteuttamaksi hoitotyöksi, jota tehdään vastuullisesti ja potilaslähtöisesti. Hoito perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Mielenterveyshoitotyön kulmakivenä on yksilön, yhteisön ja perheen voimavaroja tukeva työote. Jokainen potilas omaa myös positiivista mielenterveyttä sairaudesta huolimatta. Hoitajan tulee omata sellaista ammatillista osaamista, mikä tukee ja vahvistaa potilaan mielenterveyttä. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta. Hän on läsnä asiantuntijana ja ihmisenä. Hoitajalla pitää olla laaja tuntemus mielenterveydestä, mielenterveyshäiriöistä, mielenterveyden edistämisestä ja häiriöiden ennaltaehkäisystä. Hoitajan täytyy omata myös kriisi- ja päihdetyötaidot. Hoitajan tietoperustan pitää perustua kykyyn tehdä yhteistyötä moniammatillisessa työyhteisössä ja hänen pitää hallita erilaisia menetelmiä. Erilaisten suositusten käyttöä puoltaa mielenterveystyössä se, että tietoa päivitetään jatkuvasti, ja se perustuu tutkittuun ja arvioituun tietoon. Käytössä on Käypä hoito -suositukset, Hyvä käytäntö -kuvaukset sekä laatu- ja kehittämissuosituksia. (Kuhanen ym. 2010, 30-31.)

Hoitajan ja potilaan ydinosaamista on heidän välisensä hyvä yhteistyösuhde. Hoitosuhteen tulisi perustua vuorovaikutukseen ja oman persoonan käyttöön työvälineenä. Mielenterveys-

hoitotyön pääperiaate on potilaan selviytymisen ja voimavarojen tukeminen. Selviytymisen tukemisella vahvistetaan ihmisen kykyä selviytyä arjesta ja sillä saadaan myös hänen oma elämänsä paremmin hallintaan. Tässä toimintatavassa otetaan potilaan perhe ja hänen läheisensä huomioon. Yhteistyön tavoitteena on voimaantuminen. Jotta potilaslähtöinen mielen-terveyshoitotyö kehittyisi, tulee potilaan mielipiteitä kuunnella ja hänen on voitava osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Hoitaja tarvitsee työskentelyynsä hoitotiedettä, lääketiedettä ja psykologian ja muiden yhteiskuntatieteiden tietoa. Hoitajan omat kiinnostuksen aiheet esimerkiksi taiteet, liikunta tai musiikki, voivat ohjata terapiasuunnan valinnassa. (Kuhanen ym. 2010, 31-32.)

Psykiatrisiksi potilaiksi voidaan lukea sellaiset ihmiset, joilla on mielen sairauksia. Sairauksia ovat esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöt ja pelot, hillitsemishäiriöt, eri elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt, masennus ja muut mielialahäiriöt, muut psykiatriset häiriöt, kyvyttömyys yhden- tää ajatuksia, tunteita ja toimintaa, persoonallisuuden häiriöt, psykoottiset häiriöt, syömis- häiriöt, unihäiriöt sekä lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat häiriöt. (Terveyskirjasto 2013.)

Ihmismielen häiriöistä vaikeimpia ovat psykoosit. Psykoosin voi aiheuttaa skitsofrenia, kak- sisuuntainen mielialahäiriö, synnytys, alkoholi tai masennus. Psykoosi on yleensä kysymyses- sä silloin, kun henkilön todellisuudentaju on heikentynyt. Sairastunut voi kuulla erilaisia ääniä joiden alkuperä ei ole tiedossa. Hän on epävarma, tuottaako hän itse puhetta vai kuuluuko puhe jostain kauempaa. Ääniharhat kuvataan yleisesti negatiivisiksi. Niillä on usein syyttävä tai käskevä sävy ja sairastuneet kokevat ne myös uhkaavina. Monella voi olla myös vääristy- neitä aistikokemuksia. Psykoottinen sekavuustila voi vaihdella sairauden laadusta riippuen. Hoidon aloittamisen ja sen jatkamisen vaikeus on usein siinä, että sairastunut ei tunne ole- vansa sairas. (Toivio & Nordling 2013, 195.)

Mielenterveyshoitotyössä moniammatillisen yhteistyön on katsottu edistävän esimerkiksi poti- lasturvallisuutta ja työhyvinvointia. Yhteistyön muotoja ovat ammattiryhmien rinnakkain työskentely, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien, kuten psykiat- risten potilaiden hoito. Ammattiryhmien rinnakkaistyöskentelyssä ammattilaiset jakavat in- formaatiota toisilleen ja koordinoivat yhteistyötään työskennellen kuitenkin omina ammatti- ryhmään. Toimintaan sisältyy erilaisia hoitotoimenpiteitä, tietojen vaihtoa, kokeiden tilaa- mista, kirjaamista ja paperitöitä. Hoidon suunnittelussa hoitotoimenpiteistä neuvotellaan eri ammattiryhmien kesken. Ammattiryhmiin kuuluvat esimerkiksi lääkärit, hoitajat, ensihoitajat, vartijat ja poliisit. Vaativia potilasryhmiä muun muassa ovat mielenterveys-, huume- ja väki- valtaiset potilaat. Mielenterveyspotilaita hoitaa yleensä psykiatrinen tiimi. Kattava ennako- tietä kyseessä olevasta potilaasta on tärkeää, jotta häntä voidaan hoitaa mahdollisimman teh- okkaasti. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, 31-41.)

Psykiatrisen potilaan hoidossa toimii moniammatillinen henkilökunta, johon kuuluvat esimerkiksi lääkärit, sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat, perheterapeutti, työpajojen työnohjaajat, liikuntaterapeutti, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, ratsastusterapeutti, taideterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä potilasasiamies. Työhön osallistuvat myös osastonhoitajat, jonohoitajat ja sihteerit. Potilaan kotiutuessa hänellä on mahdollisuus saada apua kotiin kuntoutustiimiltä (Lohjan kaupunki). Yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa huolehditaan potilaan lääkehoidosta, hoitopalavereista, perhetapaamisista, lääkärin tapaamisista, potilaan ohjauksesta, omahoitajakeskusteluista sekä erilaisista terapioidista. (Saloheimo 2011, 120-125.)

2.3 Lainsäädännöllistä taustaa

Mielenterveystyön perustana ovat erilaiset lait. Tässä opinnäytetyössä käsiteltyjä lakeja ovat mielenterveyslaki 1990/1116, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, terveydenhuoltolaki 2010/1326, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, laki sähköisestä asioinnista 2003/13 ja laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta sähköisissä allekirjoituksissa 2009/617.

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaisesti mielenterveystyö käsittää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden ja toimintakyvyn kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden parantamisen, ehkäisemisen ja lievittämisen. Lakiin kuuluu sairaalassa annettava hoito, mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen sekä mielenterveyspalvelujen järjestäminen. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) varmistaa, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää kohtelua. Potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. Potilailla on oikeus saada hoitoa omalla äidinkielellään. Hoitoon pääsyn ajankohta on ilmoitettava ja kuntoutukseen pääsystä on tehtävä suunnitelma. Potilailla on tiedonsaantioikeus omasta hoidostaan ja itseään koskevista asiakirjoista. Itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Terveydenhuoltolain (2010/1326) ”tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Sen tarkoituksena on kaaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.” (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) ”edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua: varmistamalla, että tässä laissa tarkoitettulla terveydenhuol-

lon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus.” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Laki sähköisestä asioinnista (2003/13) koskee sähköistä tiedonsiirtomenetelmää. Sähköinen tiedonsiirtomenetelmä tarkoittaa sähköistä lomaketta, sähköpostia tai käyttöoikeutta sähköiseen tietojärjestelmään. ”Lain tarkoituksena on lisätä asiainninnin sujuvuutta ja joutuisuutta samoin kuin tietoturvaluissuutta hallinnossa, tuomioistuimissa ja muissa lainkäyttöelimeissä sekä ulosotossa edistämällä sähköisten tiedonsiirtomenetelmien käyttöä. Laissa säädetään viranomaisten ja näiden asiakkaiden oikeuksista, velvollisuuksista ja vastuista sähköisessä asiainnissa.” (Laki sähköisestä asiainnista 2003/13.)

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista (2009/617) määrittää henkilön yksilöimistä ja tunnisteen aitouden ja oikeellisuuden todentamista sähköistä menetelmää käyttämällä. Tällaisia voivat olla salasana, sirukortti tai jokin muu sellainen tunnistusväline, jonka haltija tietää tai on hänen hallussaan. (Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta sähköisistä allekirjoituksista 2009/617.)

2.4 Ohjaus ja tietoteknologia

Tietoteknologian kehittäjien ja käyttäjien yhteistyötä tarvitaan, kun kehitetään käyttäjäystävällisiä menetelmiä mielenterveyspalveluihin. Tietoteknologia mahdollistaa vuorovaikutteisen yhteistyösuhteen potilaiden ja hoitajien välillä. Potilaita ohjataan tulevaisuudessa laadukkaille ja luotettaville Internet-sivustoille, jotka sisältävät tietoa yleisimmistä psykiatrisista sairauksista. (Anttila 2012.)

2.4.1 Mielenterveyshoitotyössä käytettyjä ohjausmenetelmiä

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa se, miten asiakas omaksuu erilaisia asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Tutkimusten mukaan asiakkaat muistavat 75 prosenttia näkemästään ja vain 10 prosenttia kuulemastaan. Asiaa käydessä läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä, muistetaan siitä jopa 90 prosenttia. Hoitajan tehtävänä on valita asiakkaalle sopivin ohjausmenetelmä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ohjaustilannetta tarkastellaan usein oppimisen näkökulmasta. Oppiminen on vuorovaikutteinen prosessi ja yleensä ohjattavan asenteissa tapahtuu muutoksia. Ohjaustilanne liittyy vahvasti tarpeeseen. (Eloranta & Virkki 2011, 27-28.) Terveystenhuollossa ohjaajan rooli muuttuu haastavaksi yleisen tietoteknisen murroksen edessä. Tietoliikenne ei ole paikasta riippuvainen ja viestintätekniikka mahdollistaa yksilöllisen tiedon hyödyntämisen. Terveystenhuollon hyvinvointia edistävät palvelut muuttuvat osaksi arkea. Fyysiset käynnit vastaanotolla vähenevät ja sähköinen asiointi ja ohjaus lisääntyvät. (Turku 2007, 19-20.)

Yksilöohjauksessa ohjataan usein suullisesti, koska vuorovaikutus on kaiken perusta. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus kysyä epäselviä asioita. Tämä ohjausmuoto on asiakkaista mielekäästä, koska asiakkaan tarpeet otetaan huomioon. Yksilöohjauksessa ilmapiiri on yleensä rento ja palautetta saa tai voi antaa välittömästi. Oppimisen kannalta tämä ohjausmuoto on tehokkainta. Asiakkaan taustatietojen selvittämisen jälkeen ohjaukselle asetetaan tavoite yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteita asetettaessa tulee ottaa huomioon, että ne ovat realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Liian korkeat tavoitteet voivat pahentaa tilannetta, joten hoitajan apu on tärkeää. Tavoite kannattaa muotoilla positiiviseksi ja sen on oltava riittävän yksityiskohtainen. Tavoitteita ei saa olla liikaa. Tavoitteet etenevät asteittain ja ne ovat aikaan sidottu. Tavoite on hyvä ilmaista selkeästi ja niin, että sitä on mahdollista seurata ja arvioida. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Yksilöohjauksen keskeisimmät pyrkimykset ovat antaa ohjausta asiakkaan pyytäessä, kuunnella tarkasti asiakkaan ongelmia ja keskustella rakentavasti ja potilaslähtöisesti. Ongelmat on hyvä eritellä, jotta ratkaisuvaihtoehtoja voidaan esittää. Ohjaus tuottaa tulosta, kun hoitaja ja ohjaaja tekevät yhteistyötä. Liian asiantunteva ja vaikeita käsitteitä sisältävä keskustelu asiakkaan kanssa voi heikentää asiakkaan motivaatioita. Asioiden arkaluonteisuuden ymmärtäminen ja ongelmien hienovarainen käsitteleminen tuottavat tulosta. (Kyngäs ym. 2007, 87-88.)

Ohjaustilanteessa on mahdollista käyttää erilaisia ohjaustyyliä. Hyväksyvää tyyliä voi käyttää, kun ohjattavalla on ahdistavia kokemuksia ja hän haluaa kertoa niistä. Ohjaaja rohkaisee ohjattavaa puhumaan omista tunteistaan ja näkemyksistään. Katalysoivassa tyyliässä ohjaaja pyrkii saamaan monipuolisesti tietoa ohjattavan ongelmasta. Ohjaaja esittää kysymyksiä ja auttaa ohjattavaa selvittämään ajatuksiaan sekä löytämään ratkaisuja. Konfrontoivaa tyyliä tulee käyttää varovaisesti, koska se voi helposti kääntää ohjattavan puolustamaan itseään. Tätä tyyliä käytetään yleensä, kun yhteistyö ohjattavan kanssa on kestänyt pitkään. (Eloranta & Virkki 2011, 66-67.)

Ryhmäohjausta annetaan eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä, kuten esimerkiksi erilaisissa terapiaryhmissä. Tavoitteeksi ryhmälle voidaan asettaa esimerkiksi päihitteettömyys, painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen tai sopeutuminen sairauden tuomiin muutoksiin. Yleensä ryhmässä oleminen on jäsenille voimaannuttava kokemus, mikä auttaa jaksamaan eteenpäin. Joskus on mahdollista saada ryhmäohjauksen avulla parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmän määritelmä riippuu siitä, minkälaisesta ryhmästä puhutaan ja mikä on tavoite. Usein ryhmä on kiinteä, toisensa hyvin tunteva joukko, joka kokoontuu säännöllisin väliajoin. Ryhmä voi olla myös erilaisista ihmisistä koottu joukko. Ryhmää voi yhdistää esimerkiksi joku trauma tai turma ja se kokoontuu vain kerran tai tarvittaessa. (Kyngäs ym. 2007, 104-105.)

Ryhmäohjauksen aloittamisajankohta kannattaa miettiä tarkasti. Ohjauksen kannalta paras aloittamisajankohta on esimerkiksi sairauden akuutin vaiheen ohi meneminen. (Eloranta & Virkki 2011, 77.)

Ryhmän voimavara on jäsenten erilaisuus. Parhaimmillaan ryhmän jäsenten välille syntyy positiivinen riippuvuus ja koetaan että "samassa veneessä on sitä ollaan". (Eloranta & Virkki 2011, 78.) Ryhmän yksi tärkeä tunnuspiirre on jäsenten välinen vuorovaikutus. Vuorovaikutus voi olla fyysisesti ryhmässä tai verkossa tapahtuvaa. Ryhmän yhteinen tietoisuus tavoitteista tai tehtävästä on tärkeä ja se tuo jäsenille ryhmään kuulumisen tunnetta. Ryhmän toimintaan pitää asettaa selkeät fyysiset ja psyykkiset rajat, ja niistä pitää sopia yhdessä ryhmän kanssa. Rajoja voivat olla muun muassa tila, aikataulu, osallistujamäärä, millainen toiminta on sallittua ja normit. Ryhmän parantavia elementtejä on toivon herääminen, yleismaailmallisuus, minäkeskeisyyden ja avuttomuuden väheneminen, tunteiden purkaminen, itsetuntemuksen lisääntyminen, yhteenkuuluvuus, vuorovaikutuksesta oppiminen ja elämän tarkoitukseen liittyvät asiat. Hyvin toimiva ryhmä kuuntelee jäsentensä mielipiteitä ja ajatuksia ja arvostaa erilaisia näkemyksiä. Ryhmä tarvitsee ohjaajan, joka huolehtii ryhmästä. Hoitajan rooli on yleensä ulkoapäin annettu ja perustuu hoitajan ammattitaitoon ja asiantuntemukseen. Ohjaajalla on vastuu ryhmän turvallisuudesta ja sen toimivuudesta. Ohjaajalla on oltava tietoa ja osaamista ryhmäohjauksesta ja ryhmädynamiikasta sekä ennen kaikkea herkkyyttä havaita ryhmän tarpeita ja kehitystä. Ohjaaja toimii suunnannäyttäjänä, huolehtii vuorovaikutuksesta, organisoii työnjaon, huolehtii resursseista ja välittää tietoa ja antaa palautetta. (Kygäs ym. 2007, 105-108.) Ryhmässä voi esiintyä myös vastarintaa ja se on hyvä tunnistaa. Vastarinta näkyy yleensä tyytymättömyytenä, passiivisuutena tai vitsailuna. Vastarintaan vaikuttavat tekijät on hyvä ottaa esille ja keskustella niistä. Ohjaajan ei pidä lähteä ristiriitoihin mukaan. (Eloranta & Virkki 2011, 79-80.)

Työskentelyn purkaminen on oleellinen osa ryhmän toimintaa. Käsittelyyn voidaan ottaa tietoa, tunteita ja kokemuksia. Tunteista puhuminen vie ryhmää eteenpäin ja se lisää ryhmän turvallisuutta. Käsittelyyn kannattaa ottaa myös, mitä ryhmässä tapahtui ja kuinka tehtävät suoritettiin. Ohjaajan suhtautuminen tässä tilanteessa on tärkeä. Hänen tulee suhtautua vakavasti esille tuleviin ajatuksiin ja myös viestittää omalla käyttäytymisellään hyväksyntää. Ohjaajan tulee edetä rauhallisesti ja antaa aikaa keskustelulle ja ajatusten vaihdolle. Avoimet kysymykset ja avoin keskustelu vievät prosessia eteenpäin. (Kygäs ym. 2007, 114-115.)

Tietoverkon kautta kulkeva ohjaus on yleistynyt, vaikka hoitotyössä se on vielä melko vähäistä. Usein erilaisia tietokoneohjelmia käytetään ohjauksen tukena. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon asiakkaan tiedot sekä tietokoneen käyttötaidot. Yleisesti nuoret, jotka ovat käyttäneet tietokoneohjelmia opiskellessaan, osaavat koneen käytön. Vaikka asiakkaalla ei ole aikaisempaa kokemusta tietokoneista tai hänellä on rajoituksia näkökyvyssä tai koordinaatiossa,

se ei estä häntä osallistumasta tietokoneavusteiseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 122-123.) Tietoverkon välityksellä tapahtuva keskustelu voi olla eriaikaista. Verkkokeskustelun etuna on, että vastauksia ja kannanottoja voi harkita. Keskustelut tallentuvat, joten niitä voi tarkastella myöhemmin. Vuorovaikutuksen onnistuminen vaatii lyhyitä ja yhteen tai kahteen seikkaan keskittyviä viestejä. (Nurmela & Suominen 2011, 18.)

Tietokoneavusteinen ohjaus vaatii hoitajilta kiinnostusta tämän tyyppiseen ohjaukseen ja lisäkoulutusta. Erilaiset ohjelmat täytyy hallita teoreettisesti sekä tietokoneen käyttö vaatii hoitajalta tai ohjaajalta myös oppimishalua, pitkäjänteisyyttä, tarkkuutta, johdonmukaisuutta seko verkkolukutaitoa. Hoitajan täytyy osata käyttää ohjelmia sujuvasti ja tiedon haku tulee tapahtua nopeasti. Hoitajan täytyy löytää oleelliset asiat asiakkaan kanssa käydystä sähköpostiviesteistä ja vastaaminen vaatii selkeää ja aukotonta ilmaisutaitoa. (Kyngäs ym. 2007, 123.)

Lääkärit kokevat informaatioteknologian käyttötaitonsa hyväksi, kun vastaavasti muu hoito-henkilökunta kokee taitonsa selvästi heikommaksi. Näyttöön perustuvan hoidon takaamiseksi organisaatioiden on huolehdittava erilaisten tietokantojen sekä informaatioteknologiaan perustuvien menetelmien oppimisesta. (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen & Nenonen ym. 2007, 124)

Puhelinohjaus voi olla asiakkaan ensikontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti asiakkaaseen. Puhelinohjaus jaotellaan yleensä palveluohjaukseen ja terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia. Tämän toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, joten tämä vaatii lainsäädännön tuntemusta. Puhelinohjaus voidaan toteuttaa osana omaa toimintaa tai palvelu voidaan ostaa. Jos palvelu on ulkoistettu, silloin toimeksiantajan ja toimeksisaajan välinen sopimus määrittää toiminnan sisällön sekä osapuolten väliset vastuukysymykset. (Kyngäs ym. 2007, 117-118.)

Asiakas saattaa kysyä erilaisista sairauksista ja niihin liittyvistä asioista. Hän voi kysyä flunssaan, vatsa- tai selkävaivoihin, mielenterveyteen, päihdeongelmiin tai tapaturmiin liittyvistä asioista. Puhelinohjaus on erittäin haastavaa, joten se vaatii vastaajalta monipuolista tietämystä asioista. Ohjaajan tulee selvittää asiakkaan kertomista tiedosta hänen tilansa, koska sanatonta viestintää ei voida käyttää. Puhelinneuvojan on tärkeää pyytää asiakkaalta tarkennusta hänen antamiinsa tietoihin. Hoitajan on kerrottava asiakkaalle selkeästi, mitä hänen tulee toimia puhelun päättyttyä. (Kyngäs ym. 2007, 118-119.)

Puhelinohjausta käytetään päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä. Leikkausta edeltävä ohjaus tai sen jälkeinen seuranta voidaan järjestää puhelinohjauksella. Potilaat ovat usein nuoria, terveitä ja työelämässä olevia. He ovat yleensä tyytyväisiä puhelinohjaukseen. Puhelinohjaus-

ta on kehitetty selvittämällä, mitkä kysymykset askarruttavat useimmin. Tekstiviestien käyttöä ohjaukseen on myös tutkittu. (Kyngäs ym. 2007, 119-120.)

2.4.2 Sähköiset järjestelmät

Sähköisen tiedonhallinnan tavoitteena on turvata ihmisille mahdollisimman hyvä hoito ja laadukkaat palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on siirrytty valtakunnallisiin asiakastietojärjestelmiin. Asiakas- ja potilasinformaatio pitää olla saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. (STM 2012.)

Mielenterveystalo on HUS:in tuottama verkkopalvelu. Palvelun tarkoituksena on tarjota tietoa mielenterveyteen liittyvissä asioissa niin alueen asukkaille kuin hoitoalan työntekijöille. Ajantasaista tietoa mielenterveysongelmista löytyy verkkopalvelusta sekä valtakunnallisista että alueellisista mielenterveyspalveluista. Palvelussa on itsehoito-osio, jota kehitetään edelleen. Laajemmin aineistoa kehitetään ainakin syömisongelmien ja psykoosioireiden kohdalla. Tulossa on myös ruotsinkielinen versio. (Mielenterveystalo 2012.)

Suomessa Kela huolehtii kansalaisten perusturvasta. Sosiaaliturvan sisältöä ohjataan lainsäädännöllä. Kelan tehtävänä on tiedottaa palveluista ja etuuksista sekä kehittää sosiaaliturvaa tutkimuksen avulla. (Kela 2012a.) Lapsiperheiden tuet, vähimmäiseläkkeet, kuntoutus, sairausvakuutus, työttömän perusturva, asumistuki ja opintotuki kuuluvat Kelan sosiaaliturvaan. Kela huolehtii myös sotilasavustuksista, maahanmuuttajan tuesta ja vammaisuuksista. (Kela 2012b.) Kelan sivuilta löytyy aihepiireittäin sähköisiä lomakkeita, joilla etuuksia voi hakea verkossa. Sivulta löytyy myös ohjeet lomakkeiden käyttöön. (Kela 2012c.)

Tukinet on netissä toimiva kriisikeskus. Sieltä voit saada henkilökohtaista tukea ja voit osallistua erilaisiin keskusteluryhmiin. Palvelu on maksuton. Sivuilta löytyy oma tuki, jossa voi käydä luottamuksellista ja kahdenkeskistä reaaliaikaista keskustelua tukihenkilön kanssa.

Tukinetin keskusteluryhmät ovat avoimia ja julkisia keskusteluryhmiä. Kirjoitetut viestit ovat kaikkien nähtävissä. Teemaryhmät puolestaan ovat suljettuja ja niihin tulee rekisteröityä. Vain rekisteröityneet henkilöt näkevät viestit ja voivat osallistua keskusteluihin. Liveryhmät ovat reaaliaikaisia ja avoimia teemaryhmiä. Tukinetin tietopalveluiden palveluhakemistosta löytyy erilaisia auttamis- ja tukipalveluja. Sinne on kerätty materiaalia mielenterveydestä sekä erilaisista kriiseistä. Osioista löytyy myös erilaisia selviytymistarinoita. (Tukinet 2007.)

Mielenterveysseura edistää mielenterveyttä ja tekee ehkäisevää mielenterveystyötä. Palvelu on tarkoitettu Suomessa asuville kansalaisille. Toiminta pohjautuu mielenterveyden ymmärtämiseen yksilön ja yhteiskunnan voimavarana. Mielenterveysseura korostaa mielenterveyden edistämistä ja tukemista. Ehkäisevä työ on tärkeää yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Suomen mielenterveysseura 2012.)

Lääkeinfo-sivustolta löytyvät kaikkien lääkevalmisteiden pakkausselosteet, joita markkinoidaan Suomessa. Nämä tekstit ovat viranomaisten hyväksymiä ja virallisia. Tekstit löytyvät sekä suomen että ruotsin kielellä. Pakkausselosteet voi etsiä yrityksen tai valmisteen nimen mukaan. Puhesyntetisaattorin avulla voi tarvittaessa kuunnella suomenkieliset pakkausselostetekstit. Näillä sivuilla saattaa olla uudempiä selosteita kuin lääkepakkauksesta löytyvät. (Lääketietokeskus 2012.)

Apteekkien, terveydenhuollon ja kansalaisten valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita nimitetään Kansalliseksi Terveysarkistoksi (KanTa). Tämän palvelun tuottaa Kela. Lääketietokanta, sähköinen resepti ja omien tietojen katselu sekä potilastiedon arkisto kuuluvat palveluihin. Sivuilta löytyy eResepti, joka on lääkemääräys, jonka lääkäri kirjoittaa ja allekirjoittaa sähköisesti. Sähköiset reseptit tallennetaan valtakunnalliseen reseptikeskukseen, jossa ne ovat tallessa ja turvassa. Omista tiedoista voi tulevaisuudessa katsoa terveystietoja sekä omia sähköisiä reseptejä. Omiin tietoihin pääsee kirjautumalla omilla pankkitunnuksilla tai HST-kortilla (sähköinen henkilökortti). Nämä vastaavat allekirjoitustasi ja samalla osoitat henkilöllisyytesi. (Kansallinen terveysarkisto 2012.)

2.4.3 Tietoteknologia mielenterveyshoitotyössä

Tietoteknologiasta käytetään terveydenhuollossa käsitettä eHealth. Se yhdistää teknologian, terveyden ja kaupallisuuden. Käsite eHealth löytyy terveyteen liittyvänä Internet-sivuna. Sen tarkoitus on tehostaa terveystietoa ja informaatiota, jota tuotetaan tietoteknologian avulla. Suomennosta eTerveys on käytetty suomalaisissa artikkeleissa. Potilasohjauksessa on tietoteknologiaa hyödynnetty sosiaali- ja terveysalalla. Tietoteknologian käyttö tukee terveydenhuollon ammattilaisen työskentelyä. Tietokoneavusteinen potilasohjaus on todettu yhtä toimivaksi kuin esimerkiksi yksilöohjaus. (Makkonen 2007, 19.)

Tietokoneohjelma voi sisältää monipuolisesti tietoa sairauden etiologiasta. Tietoa on olemassa laajasti esimerkiksi sairauden hoidosta, lääkityksestä ja sairauden hallinnasta ja näin käyttäjälle nousee monia kysymyksiä asiasta. Tietokoneohjelman monipuolisuus antaa myös vastaukset kysymyksiin. (Warro 2008, 15.)

Tietokoneohjelmien monipuolisuus luo mahdollisuuden potilaiden hoidon kehittämiseen ja sen laadun parantamiseen. Ohjelmien avulla ylläpidetään potilasrekisteriä, joka sisältää tietoa potilaan hoitosuunnitelmasta ja päivittäisestä hoidosta. Potilailla on mahdollisuus omien tietojen täydentämiseen. Potilas voi ilmoittaa omaan sairauteensa liittyvistä asioista ja saada myös hoito-ohjeita ongelmakohtiin. Internetissä olevista keskusteluryhmistä saadaan vertaistukea sekä sosiaalista tukea ja ymmärrystä omiin kysymyksiin. (Warro 2008, 16.)

Tietokoneavusteinen potilasohjaus koetaan hyödyllisenä, koska tietokantoihin pystytään varastoimaan suuri määrä tietoa eri muodoissa. Tieto voi olla tekstinä, videona, äänenä ja dioina. Käyttäjällä on aktiivinen rooli ja hänellä on mahdollisuus valita itselleen sopiva ohjauksen toteutusmuoto. Internetin välityksessä tapahtuva keskustelu voi olla potilaalle joskus helpompi tapa kertoa asioistaan. Arkaluontoiset asiat on joidenkin mielestä helpompi kirjoittaa kuin puhua. Internetin tietoihin ja ohjeisiin tutustuu myös paljon sellaisia ihmisiä, jotka voivat kärsiä mielenterveysongelmista, mutta eivät kuulu minkään hoitojärjestelmän piiriin. (Warro 2008, 16.)

Potilasohjauksessa olevan potilaan tietoteknologiset taidot käyttää erilaisia ohjelmia vaikuttaa suuresti ohjauksen onnistumiseen. Tämän ohjausmallin käyttö on haastavaa huonosti hoitoonsa sitoutuvien potilaiden kohdalla. (Makkonen 2007, 20.) Vakavasti sairaat potilaat eivät kykene käyttämään tietotekniikkaa hyväkseen puutteellisten kommunikaatiotaitojensa takia. Skitsofreniaa sairastavat ihmiset, joiden sairauteen kuuluu negatiivisia oireita, ovat yleensä kykenemättömiä sosiaaliseen kommunikointiin. Negatiivisia oireita ovat vetäytyminen, tunteiden tylsistyminen, kyvyttömyys nauttia asioista sekä oma-aloitteisuuden puute. Tietoa löytyy ja sitä haetaan monella eri menetelmällä. Viimeisin ja korkealaatuaisin tieto voi hukkua suuren tietomäärän joukkoon. Potilasta varten ymmärrettävällä tavalla koottu tieto tulee löytää. Tiedon löytäminen voi kestää kauan. Tietoa on paljon, se muuttuu tai siirtyy muihin tiedostoihin, joten maallikon voi olla vaikeaa pysyä oikean tiedon jäljillä. (Warro 2008, 19.)

Tietotekniikkaan pohjautuva potilasopetus on käyttökelpoinen menetelmä jopa akuuteilla psykiatrisilla osastoilla. Tietotekniikan käyttö vaatii hoitajilta aikaa sekä omien tietojen kehittämistä. Tietotekniikan käyttö vaatii myös mukautumista vallitsevaan kliniseen hoitokäytäntöön. (Anttila 2012.)

2.4.4 Hoitotyöntekijän rooli

Tietoteknologia tuo hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden toteuttaa potilasohjausta internetin välityksellä. Mikäli hoitotyöntekijä omaa hyvät tietoteknologiset taidot, hän kykenee päivittämään internetin välityksellä omaa ammatillista osaamistaan. On olemassa kaksi erilaista opetuskäytäntöä, jotka ovat tietokoneavusteinen opetus ja tietokoneiden käyttö työvälineenä. Tietokoneavusteisessa käytännössä oppilaat suorittavat tehtävät itsenäisesti ja ne korvaavat osittain opettajan suorittaman opetuksen. Ohjaustilanteessa opettaja tai ohjaaja tukee oppilasta vain niissä kohdissa, mitkä estävät työn etenemistä. Muuten oppilas suorittaa tehtävän itsenäisesti opetusohjelmaa käyttäen. Opettaja tukee oppijan itsenäisyyttä ja tarvittaessa auttaa tietokoneohjelmien käytössä. Tietoteknologia on siirtänyt vastuuta oppimisesta osaksi myös oppijalle, koska tehtävien eteneminen tapahtuu oppijan oman aikataulun puitteissa, jolloin kuitenkin sovitut päivämäärät on otettava huomioon. (Makkonen 2007, 23.)

Tutkimuksessa hoitohenkilökunnan valmiuksia hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopeutuksessa henkilökunta piti tietoteknisiä taitoja erittäin tärkeinä. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että henkilökunta hallitsi potilastietojärjestelmään liittyvät perustaidot hyvin. Terveystenhoito on ollut tietoteknisessä myllerryksessä. Uusia ohjelmistoja on otettu käyttöön ja niitä kehitetään koko ajan lisää. Sähköinen kirjaaminen vaatii käyttäjiltä aktiivisuutta ja riittäviä valmiuksia. Tulosten mukaan lääkärit hallitsevat erilaisten sovellutusten käytön hyvin. Muu hoitohenkilökunta selviää ohjelmistojen käytöstä ja tiedonhausta heikommin. Jatkossa hoitohenkilökunnan koulutuksessa tulisi keskittyä tarpeenmukaiseen terveydenhooltoon keskittyvien sovellutusten sekä yleisesti tiedonhakua tukevaan koulutukseen. (Välimäki ym. 2007 123-124.)

Psykiatrasta alaa on pidetty perinteisesti alana, missä ei tarvitse tietoteknologiaa. Tämä on yksi syy, miksi tietoteknologian käyttö on aloitettu myöhään. Ei ole epäilystä, että tietoliikenteen välityksellä tehtävällä e-ohjauksella tulee olemaan pysyvä rooli psykiatrisessa hoitotyössä. Otettaessa e-ohjaus käyttöön, tulee huolehtia, että koko hoitohenkilökunta tietää miten ohjelmia ja laitteistoja käytetään. Hoitotyöntekijöiden koulutus laitteistojen ja ohjelmistojen käyttöön tulee olemaan iso haaste tietotekniikan ammattilaisille. Hoitotyöntekijöiden tulee saada myös riittävästi laitteistoja ohjauksen tekemiseen. (Repique 2007, 82.)

3 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset valittiin opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti. Tarkoituksena on karsoittaa hoitohenkilökunnan nykytilan valmiuksia hoitaa ja ohjata potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan sähköisten järjestelmien käytöstä potilaan hoidossa ja ohjauksessa.

1. Millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on sähköisten järjestelmien käytöstä potilaan hoidossa ja ohjauksessa?
2. Miten henkilökunta on kiinnostunut hoitamaan ja ohjaamaan potilaita sähköisten järjestelmien avulla?
3. Miten sähköisten järjestelmien systemaattista käyttöä voisi kehittää?

4 Tutkimusmenetelmät

Sähköisellä kyselyllä selvitettiin hoitohenkilökunnan valmiuksia käyttää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa Paloniemen sairaalassa. Tutkimuksen tilaajan toivomuksesta kysely kohdennettiin Paloniemen sairaalan osastoille 1-4. Tutkimukseen osallistuivat osastojen hoitohenkilökunnasta ne, joilla oli käytössään Husin sähköpostiosoite. Kysely rajattiin Palo-

niemen sairaalaan ja kyselyn ulkopuolelle jäi avohoidon hoitohenkilökunta. Tutkimus toteutettiin Paloniemen sairaalan määrittelemällä otoksella. Otos koostui osastojen 1 - 4 hoitohenkilökunnasta, joita oli 62 henkilöä. Otos on havaintoyksiköiden joukko, joka on poimittu perusjoukosta. Otos edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Tutkimus ei käsittänyt koko perusjoukkoa, vaan tutkittiin tiettyä osuutta. (Broberg, Laakkonen & Tähtinen 2011, 14; Vilka 2007, 51.)

Laadimme sähköisen kyselylomakkeen (Liite 1). Kysely lähetettiin saatekirjeen kera (Liite 2) yksilöllisesti jokaiselle erikseen sähköpostin välityksellä. Sähköposti lähetettiin osastonhoitajien toimesta. Tilaaja toivoi, että lomake olisi valmis ennen hoitohenkilökunnan lomien alkua toukokuussa 2013. Koska suunnitelmaseminaari oli 30.5.2013, lähetettiin kyselylomake hoitohenkilökunnalle sen jälkeen.

Opinnäytetyö on tutkielmatyyppinen, jos sen aineisto on kerätty esimerkiksi kyselyjen tai haastattelujen avulla ja se täyttää tutkimuksen yleiset tunnuspiirteet (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2006.) Opinnäytetyössä käytämme laadullista ja määrällistä analyysia. Ensisijaisesti käytämme määrällistä analyysia, jonka lisäksi tutkittavaa asiaa kuvataan kvalitatiivisesti. Kyselyssä käytetään etukäteen strukturoitua lomaketta, johon on liitetty muutama vapamuotoinen kysymys. Vapamuotoisilla kysymyksillä annetaan vastaajalle mahdollisuus ilmaista asia omalla tavallaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 227.)

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkittavia asioita käsitellään numeroiden avulla ja yleensä vastaajia on suuri määrä. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin kuinka paljon, kuinka moni sekä kuinka usein. Tulokset esitetään numeroina ja olennainen numerotieto selitetään sanallisesti. Sanallisesti kuvataan miten asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. Tutkimustavan mittareita ovat haastattelu-, kysely- sekä havainnointilomake. (Vilka 2007, 14.)

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Niistä on esimerkkinä haastattelu tai kysely. Koska kysymyksessä on usein tarina tai kertomus, siitä ei ole mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen avulla pyritään selvittämään tutkimuksen kohteesta totuus ja jäsentämään tieto paremmin hallittavaan muotoon. Usein on tilanteita, missä käytetään molempia menetelmiä. Sitä kutsutaan triangulaatioksi. Tutkittavaa asiaa tarkastellaan eri suunnista ja näin se mahdollistaa kattavan kokonaiskäsityksen muodostamisen. (Juvakka & Kylmä 2007, 16-17.) Opinnäytetyö on rajattu Paloniemen sairaalan neljälle osastolle, ja näin saadaan monipuolinen tutkimusaineisto käyttöön.

Kyselyllä selvitetään hoitohenkilökunnan valmiuksista käyttää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Kyselylomake sisältää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä tehtäessä on mietittävä tutkimuksen aihetta, teoriaa ja tutkimuksen kohderyhmää. Kyselylomakkeen kanssa käydään vuorovaikutusta tutkittavan kanssa. Kysymysten asettelussa mietitään, saadaanko tarvittava tieto avoimilla kysymyksillä tai monivalintakysymyksillä. Monivalintakysymyksissä vastausvaihtoehdot tulee miettiä tarkkaan, koska puuttuvaa tietoa ei voi saada enää aineiston keräämisen jälkeen. (Vilkkä 2007, 70-71.) Taustakysymyksiä ja tietojärjestelmien käyttöön liittyviä kysymyksiä analysoidaan erilaisten määrällisen tutkimuksen tunnuslukujen avulla. Avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Kyselytutkimusta, joka tehdään valmiilla lomakkeella, kutsutaan survey-tutkimukseksi. Tällä menetelmällä aineisto kerätään valikoidulta joukolta ja heille esitetään samat kysymykset. Kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 42; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 201.)

Tutkimus on poikittaistutkimus ja aineisto kerätään kerralla. Kyselylomaketutkimuksessa erotetaan kaksi tutkimusmenetelmää, jotka ovat poikittaistutkimus ja pitkäaikaistutkimus. Poikittaistutkimuksella aineisto kerätään yhdeltä tietyltä ajankohdalta usealta vastaajalta. Pitkäaikaistutkimuksella aineistoa kerätään vähintään kahdelta eri ajanjaksolta samoilta vastaajilta. (Aaltola & Valli 2010, 128.)

Tutkimus toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka laadittiin yhteistyössä ohjaajiemme ja tilaajan edustajan kanssa. Lomakkeessa oli strukturoituja monivalintakysymyksiä sekä muutama avoin kysymys. Strukturoitujen kysymysten muoto on määrätty ennakkoon ja se mahdollistaa vastauksien vertailun keskenään. Tässä mallissa vastaaminen on helppoa ja vastauksia on helppo käsitellä ja analysoida. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan oman mielipiteen ilmaisun. Valmiita vaihtoehtoja ei ole esitetty, tulee vastaajan tietää aiheesta jotain. Avoimien kysymysten vastauksia voidaan analysoida myös tilastollisesti. Vastaukset tulee luokitella huolellisesti ryhmiin ja tehdä runsaasti erilaisia luokkia. Aineistoa on mahdollista tiivistää jälkeenkäpäin. Avointen kysymysten joukossa voi esiintyä hyviä ideoita, jossa vastaajan mielipide tulee selkeästi esille. Avoimiin kysymyksiin voidaan helposti jättää vastaamatta ja niiden analysointi on hieman työläämpää kuin monivalintakysymysten. (Hirsjärvi ym. 2010, 193; Aaltola & Valli 2010, 126.)

Lomake oli e-lomake ja se oli sähköisessä muodossa. Kyselylomake sisälsi 13 monivalintakysymystä ja 4 avointa kysymystä. Taustatietokysymyksillä osiossa 1 selvitettiin vastaajan taustatiedot. Tietojärjestelmän käyttöön liittyvässä osiossa 2 kysymyksillä selvitettiin, miten henkilökunta oli kiinnostunut hoitamaan ja ohjaamaan potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Osiossa 3 selvitettiin avointen kysymysten avulla, miten sähköisten järjestelmien systemaattista käyttöä voisi kehittää (Liitteet 3 - 6, kuvat 1-4).

Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu. Kaikki kyselyyn osallistuvat vastaavat samoihin kysymyksiin. Kysely voidaan lähettää postitse tai internetin välityksellä. Kyselyssä on ongelmana, että vastaukset saattavat palautua tutkijoille hitaasti ja kyselyn voi joutua uusimaan. Kyselyn onnistumiseen vaikuttaa sen ajoitus. Ajoitus kannattaa suunnitella niin, että vastausprosentti nousisi mahdollisimman korkeaksi. (Vilka 2007, 28.)

4.1 Aineiston keruu

Tutkimuslupahakemuksen (Liite 3) osapuolet hyväksyivät hakemuksen ja kyselylomake lähetettiin osastonhoitajille ohjeiden mukaisesti. Mittarin luotettavuutta testattiin ennen tutkimusotosta pienellä vastaajajoukolla. Esitestaaminen on tärkeää, kun käytössä on kyseistä tutkimusta varten kehitetty mittari. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Kyselylomake testattiin ennen lähettämistä opiskelutovereilla ja siihen tehtiin tarvittavat muutokset.

Sähköisen kyselyn yhtenä etuna on taloudellisuus. Aineisto voidaan luoda tiedostoksi suoraan tutkijoiden käyttöön, joten tietojen syöttövaihe jää pois ja nopeuttaa tutkimuksen tekemistä. Internet-kyselyssä pystytään varmistamaan, että vastaaja vastaa kaikkiin kysymyksiin. Koska kysymykseen on pakko vastata, voi vastaaja valita vaihtoehdon sattumanvaraisesti ja se vaikuttaa tutkimustulokseen. (Aaltola & Valli 2010, 113.)

Kyselylomake lähetettiin vastaajille tutkimusluvan saannin jälkeen. Palautuneita vastuksia seurattiin kesäkuussa. Kyselystä muistutusviesti lähetettiin heinäkuun lopussa, koska vastauksia ei palautunut riittävästi. Hoitohenkilökunnan määrä tutkimusta aloitettaessa oli 62 henkilöä. Vastauksia oli saatu 18 kappaletta määräaikaan elokuun puoliväliin mennessä.

4.2 Tutkimusaineiston analyysi

Määrällistä tutkimusaineistoa analysoidaan erilaisten tunnuslukujen avulla. Analyysitapa toteutetaan sen mukaan, montako muuttujaa on kysymyksessä. Sijaintiluvut ovat havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja. Yleensä käytetään keskiarvoa ja moodia. Yksittäisestä muuttujasta on hyvä selvittää useampia muuttujaa kuvaavia tunnuslukuja. (Vilka 2007, 118-119.)

Pylväskuvioilla esitetään erilaisten havaintojen määrää. Pylväskuvio kuvaa muuttujien frekvenssijakaumia, jotka on mitattu järjestysasteikolla. Pylväät esittävät selkeästi eri kuvioit ja jokainen pylväs kuvaa omaa luokkaansa. Tutkijan päätettäväksi jää millaisia kuvioita hän tutkimuksessaan käyttää ja miten hän esittää tulokset. (Vilka 2007, 139-140.) Kuvioiden avulla tutkimustulokset voidaan esittää ymmärrettävästi ja tehokkaasti. Tutkimustulokset avautuvat

lukijalle paremmin ja vaivattomammin. Tekstissä esitetään yksityiskohdat tuloksista. (Broberg, Laakkonen & Tähtinen 2011, 60-61.)

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla analysoidaan kirjoitettua ja suullista vuorovaikutusta. Sen avulla tarkastellaan tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Kerätty aineisto tiivistetään niin, että voidaan yleistävästi ja lyhyesti kuvailla tai saada ilmiöiden väliset suhteet selkeänä esille. Olennaista sisällönanalyysissä on, että aineistosta erotellaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Luokkien, jotka kuvaavat aineistoa, tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-23.) Sisällönanalyysimenetelmällä esitetään tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tällä menetelmällä kerätty aineisto saadaan järjestettyä, jotta johtopäätöksiä voidaan tehdä. Sisällönanalyysissä haetaan tekstiin merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-104.)

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston sisällön analyysiä kuvataan kolmivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään niin, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen asia pois. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään käsitteittäin niin, että samankaltaisuudet ja eroavaisuudet saavat oman luokitteluyksikön. Luokittelussa yksittäiset tekijät liitetään yleisempiin käsitteisiin. Näin aineisto tiivistyy. Kolmannessa vaiheessa tehdään aineiston käsitteellistäminen. Tässä tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja valikoidun tiedon mukaan syntyy teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-111.)

4.3 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuksen tavoitteet, aineiston kerääminen sekä käsittely, kysymysten asettelu ja tulosten esittäminen eivät loukkaa tutkimukseen osallistunutta kohderyhmää. Tutkimusaineisto täytyy säilyttää huolellisesti, eikä se saa joutua ulkopuolisten tarkasteltavaksi. Tutkija on vastuussa tutkimuksessaan tekemistä valinnoista sekä niihin liittyvistä perusteluista. (Vilkkä 2007, 90.)

Mikäli epäonnistuu eettisissä kysymyksissä, voi pohja pudota koko tutkimukselta. Tutkimuksen tekijän on osattava tehdä oikeita päätöksiä ja valintoja tutkimusprosessin eri vaiheissa. Kansainvälisesti kirjoitetaan useista epäonnistuneista tutkimuksista, joita on tehty maailmanlaajuisesti. Muunnellut tai omalle nimelle omitut tulokset ovat väärinkäytöksiä. Tutkimusetiikka pitää huomioida työn aloituksesta julkaisuun asti. Tutkimusetiikan periaatteita ovat rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Lisäksi periaatteina ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. (Juvakka & Kylmä 2007, 137,147.)

Tutkimuksen tulosten julkaisemisen periaatteena on, että raportointi tapahtuu avoimesti ja rehellisesti. Tärkeää on huomioida osallistujien anonymiteetti. Raportissa ei voida paljastaa mitään, mikä paljastaisi selkeästi yksilön näkemyksiä tutkittavaan asiaan. Tutkimusraportissa

ei saa olla paikkakuntien, terveydenhoitajien tai perheenjäsenten nimiä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.)

Suomessa tutkimuseettinen neuvottelukunta on perustettu vuonna 1991. Neuvottelukunta perustettiin edistämään tutkimusetiikkaa sekä käsittelemään tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Juvakka & Kylmä 2007, 138.) Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden on hyvä keskustella ja esittää kysymyksiä teknologian käytöstä ja käytön seurauksista. Siihen liittyvät eettiset ongelmat voivat syntyä erilaisista tulkinnoista. ”Teknologian hyödyntämisen keskeisiä eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeus, yksityisyyden suoja, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus.” (Etene 2010, 10.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake lähetettiin liitetiedostona osastojen osastonhoitajille, jotka lähettivät sen edelleen hoitohenkilökunnalle. Näin vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa. Tutkimusaineisto käsitellään ja esitellään niin, ettei yksittäisen vastaajan tiedot tule esille. Tutkimustulokset julkaistaan tutkimuksen tilaajan kanssa sovitulla tavalla, ja tieto välitetään kaikille tutkimuksessa mukana olleille. Tutkimustuloksien julkaisusta ei vielä ole tarkasti sovittu opinnäytetyön tilaajan kanssa.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Reliaabelius ja validius muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Luotettavuutta on mahdollista parantaa tutkimusprosessin aikana. Seuraaviin seikkoihin on hyvä kiinnittää huomiota: tutkimusongelma tulee olla määritelty selkeästi, perusjoukko valitaan huolellisesti, kiinnitetään sopivaan otantamenetelmään huomiota, valitaan tutkimukseen sopiva analyysimenetelmä, kysymykset ovat yksiselitteisiä eikä kyselylomake saa olla liian pitkä. (Vilkkä 2007, 152.) Kysymykset muotoillaan huolellisesti, koska ne luovat tutkimuksen onnistumiselle perustan. Tutkimustuloksiin tulee usein virheitä, jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin kysymysten laatija on ne tarkoittanut. Silloin tulokset vääristyvät. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia, vaan niiden tulee olla yksiselitteisiä. (Aaltola & Valli 2010, 103-104.)

Tutkimus voi kärsiä myös systemaattisista virheistä. Nämä virheet voivat johtua siitä, että vastaajat eivät kerro totuutta asiasta tai vastaajia on liian vähän. Tutkimuksesta kannattaa käydä keskustelua ohjaajien, vertaisryhmän tai aihealueen asiantuntijoiden kanssa. Keskustelussa kannattaa ottaa esille esimerkiksi tutkimuksen teoria ja käsitteet, tutkittavat sekä otantamenetelmä. (Vilkkä 2007, 153.) Tulosten tulkinnassa lukijaa auttaisi, jos tutkimusselosteisiin lisätään aitoja kommentteja tai suoria haastatteluluotteita. (Hirsjärvi ym. 2010, 233.)

Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa kohentaa tarkka selostus, miten tutkimus toteutetaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.) Luotettavuutta lisää myös se, että kaikki vai-

heet dokumentoidaan riittävän tarkasti ja ne perustellaan, jotta voidaan todeta prosessin aukottomuus alusta loppuun saakka. (Kananen 2011, 123.)

Lomakkeen laadinnassa on huomioitava, vastaavatko lomakkeen kysymykset tutkimuskysymyksiin. Mittarin luotettavuuden arvioinnissa on esitutkimuksella suuri merkitys. Tutkija saa esitutkimuksen avulla käsityksen siitä, onko mittari helposti käytettävä, looginen, ymmärrettävä ja toimiva. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207.) Esitestaaminen tehdään pienelle vastaajajoukolle. Esitestaaminen on tärkeää, kun käytetään uutta, kyseiseen tutkimukseen tehtyä mittaria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Esitestaus tehtiin viidelle opiskelijalle. Kysymyksiä korjattiin palautteen mukaan.

Kyselylomake lähetettiin Paloniemen sairaalan osastojen 1-4 osastonhoitajien toimesta jokaiselle henkilökohtaisesti sähköpostilla. Tutkittavat vastasivat suoraan e-lomakkeelle, ja vastaukset kirjautuivat e-lomakerekisteriin. Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Käsitelimme avointen kysymysten vastaukset siinä muodossa, miten vastaaja oli ne kirjoittanut. Vastaukset analysoitiin kysymys kerrallaan induktiivisesti sisällönanalyysia käyttäen (Liitteet 4-7, kuviot 1-4).

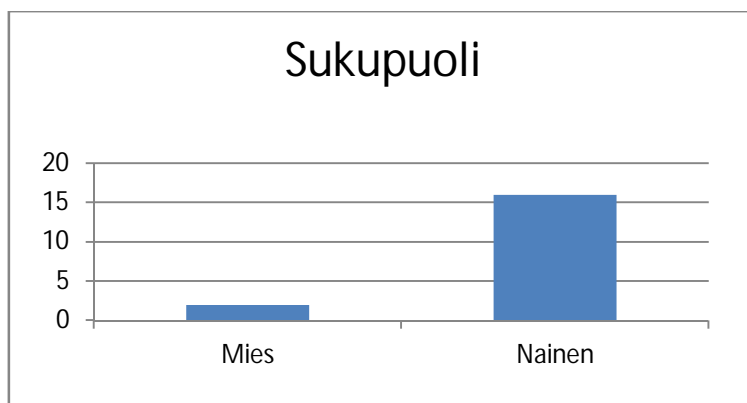
Kysely oli sisällöltään enimmäkseen mielipiteiden ilmaisua, joten siihen voitiin vastata rehellisesti. Osastojen henkilökuntaa oli etukäteen suullisesti tiedotettu kyselystä ja he suhtautuivat positiivisesti opinnäytetyön toteuttamiseen. Tutkimustuloksiin kirjasimme aitoja kommentteja ja vastaajien mielipiteitä.

Koska kyselyn toteuttamisajankohta osui juuri keskelle parasta kesälomakautta, uskomme sen vaikuttaneen vastaajien määrään. Koska vastaajia oli vain 18, ei kyselyn tuloksia voi yleistää.

5 Tutkimustulokset

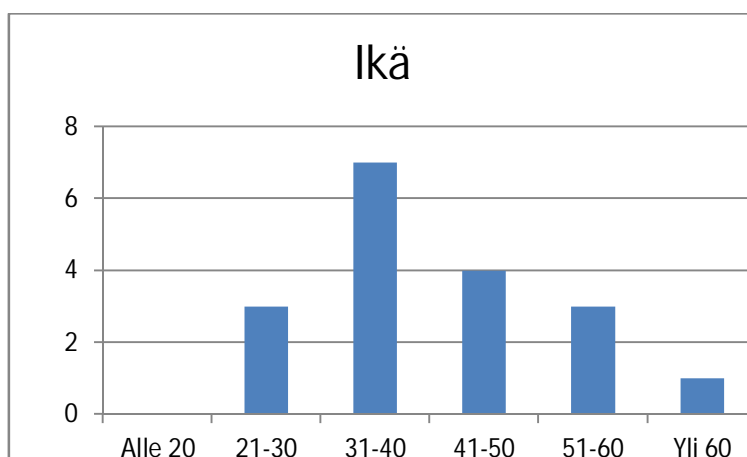
Aineisto käsiteltiin strukturoitujen kysymysten osalta excel-ohjelmalla. Tietojärjestelmien käyttöön liittyvistä kysymyksistä tehtiin kooste luotettavuuden varmentamiseksi (Liite 8, taulukko 1). Avoimia kysymyksiä analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Ensimmäisessä vaiheessa avointen kysymysten vastaukset pelkistettiin ja toisessa vaiheessa ne ryhmiteltiin eri käsitteisiin. Viimeisessä vaiheessa vastauksista muodostettiin erilaisia käsitteitä, joista saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

5.1 Taustatiedot



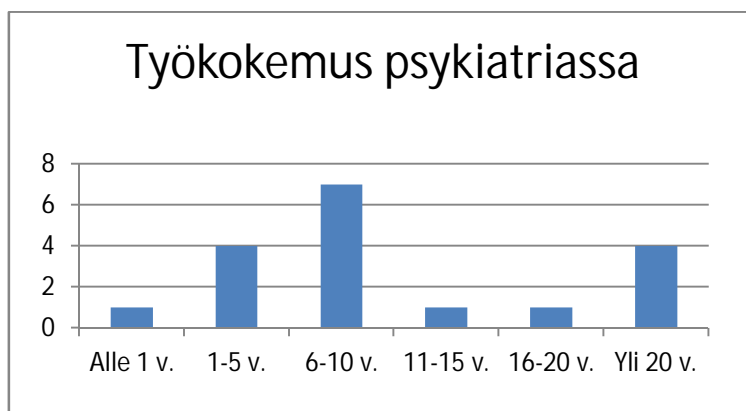
Kaavio 1: Sukupuoli

Tutkimukseen vastasi 18 henkilöä. Kaksi miestä ja kuusitoista naista.



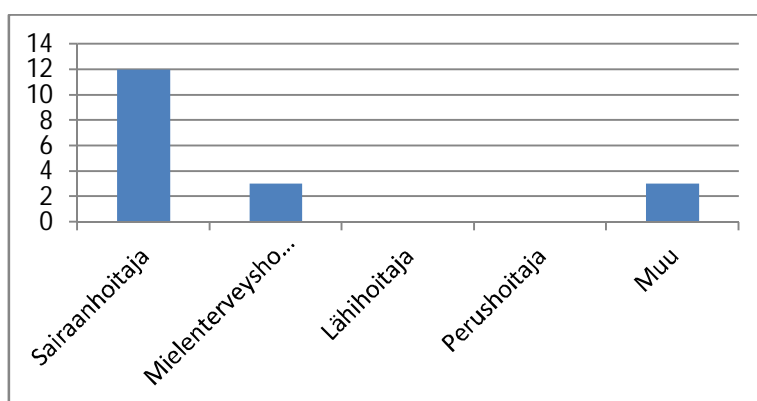
Kaavio 2: Ikä

Hoitohenkilökunnasta kolme oli 21 - 30-vuotiaita, seitsemän oli 31 - 40-vuotiaita, neljä oli 41 - 50-vuotiaita, kolme oli 51 - 60-vuotiaita ja yksi oli yli 60-vuotias.



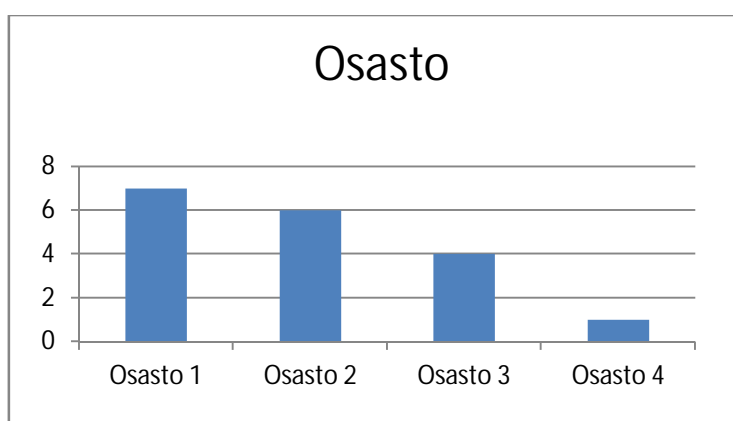
Kaavio 3: Työkokemus psykiatriassa

Työkokemusta psykiatrian hoitohenkilökunnasta oli suurimmalla osalla 6 - 10 vuotta. Lisäksi neljä henkilöä olivat olleet alalla yli 20 vuotta.



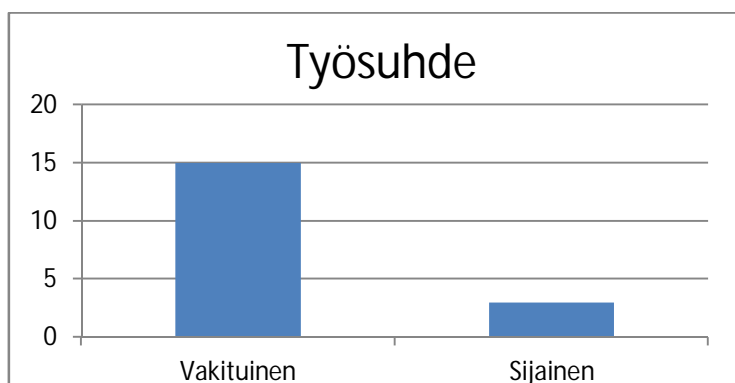
Kaavio 4: Ammattinimike

Hoitohenkilökunnasta 12 oli sairaanhoitajia, kolme mielenterveyshoitajaa ja kolme muihin ammattiryhmiin kuuluvia.



Kaavio 5: Osasto

Hoitohenkilökunnasta seitsemän henkilöä oli osastolta 1 ja kuusi henkilöä osastolta 2. Osastolta 3 vastaajia oli kolme henkilöä ja osastolta 4 vastasi vain yksi henkilö.



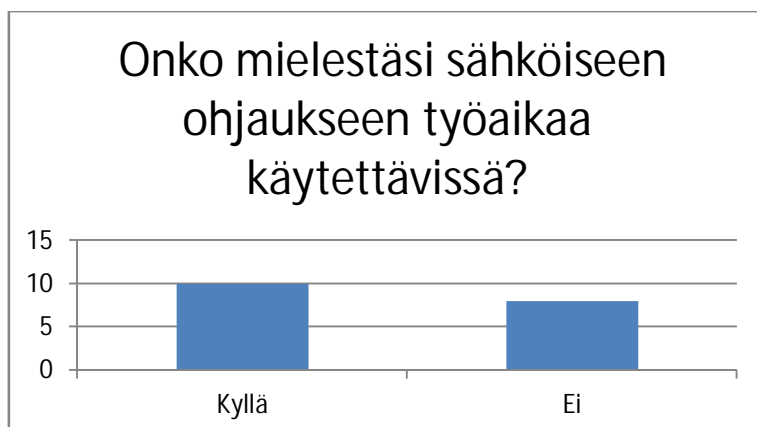
Kaavio 6: Työsuhde

Hoitohenkilökunnasta vakituksessa työsuhteessa olevia oli viisitoista ja kolme oli sijaisia.



Kaavio 7: Tietokoneen käyttö potilaan ohjauksessa

Hoitohenkilökunnasta potilaan ohjauksessa tietokonetta hyödyntäneitä oli kaksitoista ja kuusi ei ollut käyttänyt tietokonetta potilaan ohjauksessa.



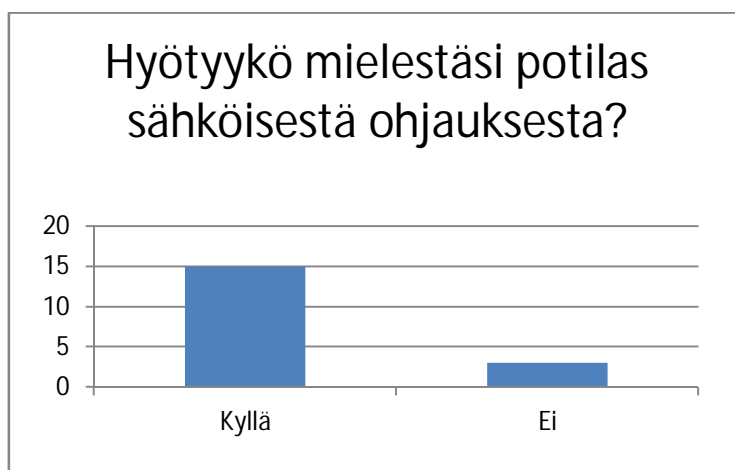
Kaavio 8: Ohjaukseen käytettävä työaika

Hoitohenkilökunnasta kymmenen mielestä aikaa oli sähköiseen ohjaamiseen ja kahdeksan mielestä ei ollut.



Kaavio 9: Sähköisen ohjauksen tarpeellisuus

Hoitohenkilökunnasta neljatoista vastaajaa koki sähköisen ohjaamisen tarpeelliseksi ja neljä koki sähköisen ohjauksen tarpeettomaksi.



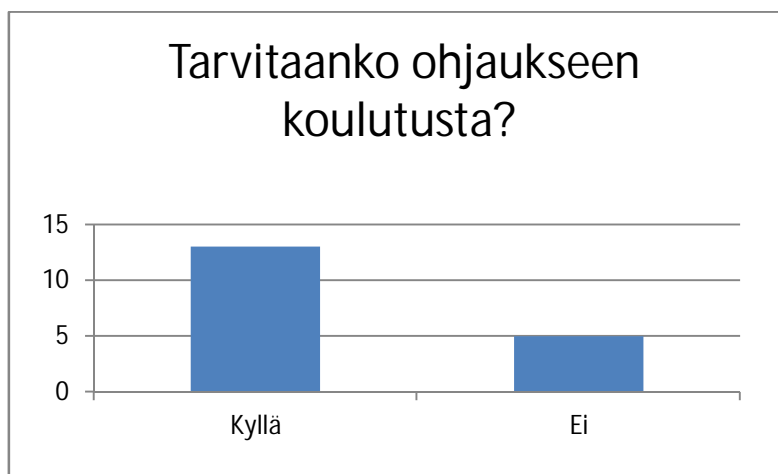
Kaavio 10: Sähköisen ohjauksen hyödyllisyys

Hoitohenkilökunnasta viisitoista oli sitä mieltä, että potilas hyötyy sähköisestä ohjauksesta ja kolme kokivat, että ohjauksesta ei ole hyötyä.



Kaavio 11: Tarvittavat tilat

Hoitohenkilökunnasta yhdentoista mielestä tarvittavia tiloja ei ole käytössä ja seitsemän mielestä tilat löytyvät.



Kaavio 12: Koulutus ohjaukseen

Hoitohenkilökunnasta kolmetoista haluaisi koulutusta ohjaamiseen ja viisi ei kokenut koulutuksen tarvetta.



Kaavio 13: Ohjaukseen yhteiset sivustot

Yhteisesti sovittujen sivujen kannalla oli neljätoista ja neljä oli sitä mieltä, että yhteisiä sivustoja ei tarvita.

5.2 Sisällön analyysi

Kuvioihin 1 - 4 olemme koonneet alkuperäisiä ilmaisuja jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Olemme yhdistäneet ryhmiksi ilmaisut, jotka liittyvät samaan asiaan. Pelkistämisessä olemme käyttäneet tutkimuskysymyksiä apuna. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Ryhmitteilyssä yhdistimme samaa tarkoittavat ilmaisut ja loimme sisältöä kuvaavan nimen, mistä muodotui alaluokka. Samansisältöiset alaluokat yhdistimme yläluokkiin. Yläluokkien käsitteet muodostimme alaluokkien sisällön mukaan. Yhdistävä luokka muodotui alkuperäisen kysymyksen sisällöstä.

5.3 Sähköisten järjestelmien hyödyntäminen mielenterveystyössä

Vastaajat olivat hyödyntäneet työssään paljon erilaisia sähköisiä järjestelmiä. Suosituimpia sivustoja olivat Terveysportti sekä Kela. Mielenterveystalo, eri kuntien kotisivut, erilaisten hoitolaitosten kotisivut sekä erilaisten potilasjärjestöjen sivut ovat olleet myös käytössä. Tietoa oli haettu myös ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvissä asioissa. Osa vastaajista ei ollut käyttänyt sähköisiä järjestelmiä hoitotyössä (Liite 4, kuvio 1).

Mielenterveystalo, Kela, erilaiset ruokavalioon ja liikkumiseen liittyvät sivustot
Ohjeita lääkityksestä, esitteitä eri hoitolaitoksista. Kyselykaavakkeet.
Terveysportti (lääketietokanta, käypähoito-suositukset, hoitoketjut)

5.4 Sähköisten järjestelmien hyöty mielenterveyshoitotyön ohjaustilanteissa

Vastaajien mielestä sähköisistä järjestelmistä on hyötyä potilaan kotiutuessa. Potilas voi hakea tarvittavaa tietoa ja hän voi hyödyntää tietoja oman elämänsä hallinnassa. Sähköisistä järjestelmistä on hyötyä esimerkiksi nuorten kuntoutumisessa. Kuntoutujaan saadaan helposti yhteyttä ja häntä kyetään motivoimaan tämän avulla. Ohjaustilanteissa potilas voi itse hakea tietoa omaan käyttöönsä. Sitä voidaan käyttää myös ohjaustilanteissa, missä ratkotaan jotakin ongelmaa. Nuoret potilaat käyttävät paljon tietokonetta ja osaavat myös vaatia ohjausta sähköisesti. Kelan sivustot ovat monipuoliset ja tietojen etsiminen sieltä helpottaa asiointia. Tietoa voidaan hakea potilaan sairaudesta sekä oireista. Sähköisiä järjestelmiä voidaan hyödyntää myös ryhmätapaamisissa. Psykoedukaatiota voisi toteuttaa sähköisiä järjestelmiä hyödyntäen. Erilaisten sähköisten mielenterveyspalvelujen käyttö (Liite 5, kuvio 2).

Kun potilas on kiinnostunut jostain aiheesta tai lisäinformaatiota potilaalle.
Silloin, kun kaivataan ajankohtaista tietoa ja potilas on itse kiinnostunut/motivoitunut asiasta.
Joidenkin sähköisten mielenterveyspalvelujen käytön aloittamisessa.

5.5 Mielenterveyshoitotyössä potilasohjausta edistävät asiat

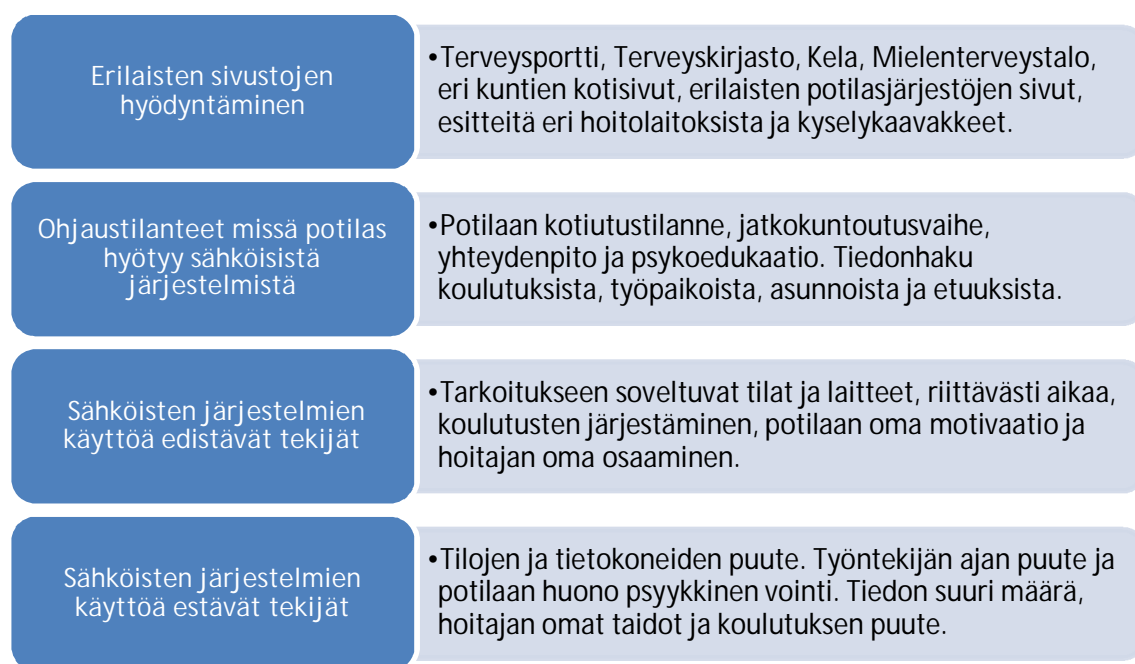
Vastaajat kokivat, että ohjaukseen tarvitaan erillinen tila sekä siihen tarkoitukseen soveltuvat laitteet. Potilasohjausta ei voi tehdä kansliassa eikä HUS:n verkossa. Ohjaukseen täytyy varata riittävästi työaika ja siihen halutaan myös koulutusta. Potilaan oma motivaatio vaikuttaa myös ohjauksen onnistumiseen. Hoitajan oma osaaminenkin vaikuttaa sähköisten järjestelmien käyttöön (Liite 6, kuvio 3).

Siihen varattu oma paikka osastolla, kone ja riittävä työaika varattuna siihen.
Asianmukaiset tilat, riittävästi aikaa, potilaan motivaatio...
Erilaisten järjestelmien tuntemus. Toimivat, potilaskäyttöön varatut koneet ja netti.

5.6 Mielenterveyshoitotyössä potilasohjausta estävät asiat

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että tarvittavia tiloja ja tietokoneita ei ole käytettävissä. Tällä hetkellä on käytettävissä yksi kone, joka ei ole osastolla. Työntekijän ajan puute ja potilaan huono psyykinen vointi voivat olla ohjauksen esteenä. Vastaajat kokivat myös, että potilas saa vähemmän henkilökohtaista huomiota, jos keskitytään tietokoneeseen. Sähköisten järjestelmien tiedon määrä voi olla myös ohjauksen esteenä. Oikean tiedon löytäminen helposti ja nopeasti on vaikeaa. Hoitajan omat taidot, tiedon ja koulutuksen puute koettiin myös ohjauksen esteeksi. Jotkut vastaajista eivät osanneet kuvata, mitkä asiat estävät sähköisten järjestelmien käyttöä potilasohjauksessa (Liite 7, kuvio 4).

Aikaa on vähän, katkot tietotekniikassa, hoitajan omat resurssit.
Liian vähän aikaa ja koulutuksen puute.
Potilaan huono psyykinen vointi, tilojen ja ajan puute...



Kuvio 5: Avointen kysymysten yhteenveto

5.7 Tulosten tarkastelua ja kehitysehdotuksia

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Paloniemen sairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Valmiuksia selvitettiin sähköisen kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastasi hoitohenkilökunnasta 18. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan sähköisten järjestelmien käytöstä potilaan hoidossa ja ohjauksessa.

Kyselyyn vastanneista kuusitoista oli naisia ja kaksi miestä. Tutkimukseen osallistuneiden iät vaihtelivat siten, että 21-30-vuotiaita oli kolme, 31-40-vuotiaita oli seitsemän, 41-50-vuotiaita oli neljä, 51-60-vuotiaita oli kolme ja yli 60-vuotiaita oli yksi. Kyselyyn vastanneilla oli työkokemusta alle yksi vuotta yhdellä henkilöllä, 1-5 vuotta oli neljällä, 6-10 vuotta oli seitsemällä, 11-15 vuotta oli yhdellä, 16-20 vuotta oli yhdellä ja yli 20 vuotta oli yhdellä. Heistä sairaanhoitajia oli kaksitoista, mielenterveyshoitajia oli kolme ja kolme oli muuhun hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Vakituksessa työsuhteessa oli 15 ja sijaisia oli kolme.

Paloniemessä on kolme osastoa tällä hetkellä. Yksi osasto lopetti toimintansa kesken opinnäytetyön tekemisen organisaation toimintojen uudelleen järjestelemiseksi. Kysely kuitenkin ehdittiin lähettää myös osasto neloselle. Osastolla 1 kyselyn sai kuusitoista henkilöä, osastolla 2 seitsemäntoista henkilöä, osastolla 3 kuusitoista henkilöä ja osastolla 4 kolmetoista henkilöä. Kyselyn sai yhteensä kuusikymmentäkaksi henkilöä. Osastolla 1 vastausprosentti oli 11,2 (7), osastolla 2 oli 9,7 prosenttia(6), osastolla 3 oli 6,5 prosenttia(4) ja osastolla 4 oli 1,6 prosenttia (1).

Kyselyyn vastanneista potilaan ohjauksessa tietokonetta hyödyntäneitä oli kaksitoista ja kuusi ei ollut käyttänyt tietokonetta potilaan ohjauksessa ollenkaan. He, jotka olivat hyödyntäneet, olivat käyttäneet Terveysporttia, Kelan sivuja, Mielenterveystaloa, eri kuntien kotisivuja sekä erilaisten potilasjärjestöjen sivuja. Lisäksi oli haettu tietoa ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvissä asioissa. Yhteisesti sovittujen sivujen kannalla oli neljätoista hoitohenkilökunnasta ja neljä oli sitä mieltä, että yhteisiä sivustoja ei tarvita. Hyöty olisi suurempi, jos käytössä olisi yhteisesti sovitut sivustot, joita käytetään potilaan ohjauksessa. Välimäki ym. (2007 123-123.) toteavat tutkimuksessaan että organisaatioilla on paineita huolehtia erilaisten tietokantojen ja informaatioteknologian menetelmien oppimisesta, jotta potilaille voidaan taata näyttöön perustuva hoito.

Kyselyyn vastanneista kymmenen mielestä, että aikaa oli käytettävissä sähköiseen ohjaamiseen. Kahdeksan vastaajan mielestä aikaa ohjaukseen ei ollut. Lisäksi hoitohenkilökunnasta 13 haluaisi koulutusta sähköiseen ohjaamiseen ja viisi ei kokenut koulutukseen olevan tarvetta. Vastaajien mielestä ohjaukseen tulisi varata riittävästi työaikaa ja siihen pitäisi saada koulutusta. Lisäksi vastaajista 11 mielestä tarvittavia tiloja ei ole käytössä ja seitsemän mielestä tilat löytyvät. Toivottiin, että tilat olisivat asialliset ja rauhalliset sekä niissä olisi tarvittavat laitteet. Oma osaaminen ja potilaan oma motivaatio vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Makkonen (2007, 20) on todennut tutkimuksessaan, että tietoteknologian käyttö ohjauksessa luo myös omat haasteensa. Laitteet voivat toimia epävarmasti tai laitteistokannat ovat puutteellisia ja riittämättömiä. Ohjausta käyttävä henkilökunta kaipaa pedagogista ohjausta. Ohjaukseen varattu aika voi mennä epävarmasti toimivien laitteistojen teknisten ongelmien selvittämiseen.

Vastaajista 14 koki sähköisen ohjaamisen tarpeelliseksi ja vastaavasti neljä koki sähköisen ohjauksen tarpeettomaksi. Vastaajista 15 koki, että potilas hyötyy sähköisestä ohjauksesta ja kolme koki, että ohjauksesta ei ole hyötyä. Eniten hyötyä sähköisestä ohjaamisesta vastaajat kokivat potilaan kotiutustilanteessa. Myös kuntoutumisessa on hyötyä, kun potilaaseen saadaan helposti yhteyttä ja potilasta voidaan motivoida sähköisten järjestelmien kautta. Sivustoilta voidaan potilaan kanssa yhdessä hakea tietoa sairaudesta ja oireista. Vastaajien mukaan sähköisiä järjestelmiä voitaisiin hyödyntää myös ryhmätapaamisissa ja psykoedukaatiossa. Warron (2008, 15) mukaan Internet-ohjausta voidaan käyttää tilanteissa, joissa potilaan pelot tai paniikkioireet estävät vastaanotolle tulon. Toisaalta potilaan taloudelliset tai fyysiset rajoitteet voivat estää potilasta tulemasta toistuvasti terapeutin luokse.

Kehitysehdotuksena esitämme osasto 4:n tilojen hyödyntämistä yksilö- ja ryhmäohjaukseen. Laitteita voisi sijoittaa eri puolille osastoa niin, että potilasohjaus olisi mahdollisimman yksilöllistä.

6 Pohdinta

Mielenterveyshoitotyössä ohjauksella on suuri merkitys. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen ja hoidon pääperiaatteita ovat potilaan selviytyminen ja voimavarojen tukeminen. Mielenterveyshoitotyötä ohjaavat erilaiset lait, joiden mukaan hoitotyötä toteutetaan erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoidossa otetaan huomioon potilaan itsemääräämisoikeus ja hän pysyy halutessaan käyttämään sellaisia sähköisiä järjestelmiä, joissa ei tarvitse kirjautua käyttäjäksi. Tietoteknologia on nykyaikaa ja kehitystä tapahtuu koko ajan eri aloilla. Nuoret ovat tottuneet käyttämään sähköisiä järjestelmiä erilaisissa toimintaympäristöissä jo pienestä pitäen, joten heille niiden käyttö ei ole ongelmallista.

Teimme kyselyn e-lomaketta käyttäen, koska se oli nopeaa ja liittyi opinnäytetyömme aiheeseen. Tämä tutkimus osoitti, että tarvittaisiin lisää koulutusta sähköisten järjestelmien käyttöön. Töiden organisointiin olisi hyvä kiinnittää huomiota. Erilaisilla toimintatavoilla ja tilajärjestelyillä sähköistä ohjausta voitaisiin toteuttaa enemmän. Sähköisten järjestelmien käyttö koettiin hyödylliseksi varsinkin potilaan kotiutuessa sekä kuntoutumisessa ja siksi siihen kannattaisi panostaa enemmän.

Yhteisesti sovittujen sivujen käyttöä suosittiin, koska silloin olisi mahdollista käyttää yhteneväisiä hoitokäytäntöjä ja tarpeellinen tieto löydettäisiin nopeasti ja vaivattomasti. Oli mielenkiintoista nähdä, miten paljon erilaisia sivustoja oli hyödynnetty ohjauksessa.

Paloniemen sairaalan henkilökunta oli myös kiinnostunut avohoidon henkilökunnan valmiuksista hyödyntää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa, joten tulevaisuudessa tätä voidaan selvittää mahdollisesti tulevissa opinnäytetöissä.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille kärsivällisyyttä, yhteistyökykyä ja joustavuutta. Opinnäytetyön tekeminen on laajentanut näkemystämme mielenterveyshoitotyöstä ja sähköisten järjestelmien hyödyntämisestä hoitotyössä. Kysymysten tekeminen oli helppoa, mutta niiden analysointi oli haastavaa. Aineiston käsitteleminen sisällön analyysin avulla oli myös vaikeaa. Ala- ja yläluokkien käsitteiden muotoileminen oli haastavaa sekä antoisaa. Opinnäytetyö eteni oman sekä koulun tekemän aikataulun mukaisesti ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä Pro Stars -hankkeelle.

Työtä on työstyetty yhteisillä tapaamisilla. Tietoa on haettu osittain myös itsenäisesti. Olemme keskenämme sopineet, että olemme yhdessä vastuussa työn etenemisestä ja tekemisestä. Paloniemen sairaala on omalta osaltaan tilaajan ominaisuudessa vastuussa työstämme.

Lähteet

Kirjat

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva. WS Bookwell Oy.

Anttila, M. 2012. Tietotekniikkaan pohjautuvan potilasopetuksen käyttöönotto psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Broberg, M., Laakkonen, E. & Tähtinen, J. 2011. Tilastollisen aineiston käsittely ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.

Collin, K., Vallela, U M., Herranen, S., Paloniemi, S & Pyhälä-Liljeström P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 31-43.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Janhonen, S & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2003. Psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Makkonen, P. 2007. Tietoteknologian avulla toteutettu potilasopetus psykiatrisessa osastohoidossa -hoitotyöntekijän näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Nurmela, S. & Suominen, R. 2011. Verkko-opettaja. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Saloheimo, H. 2011. Psykiatrian käsikirja. Lohja: Palopaino.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Warro, H. 2008. Mielenterveyspotilaan käsityksiä tietoteknologian käytöstä potilasopetuksessa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Artikkelit

Asikainen, P., Maass, M., Mäenpää, T. & Suominen T. 2008. Tietoteknologian käyttö hoitohenkilöstön työssä. Sairaanhoitaja-lehti 2/2008.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Repique, R. 2007. Computers and Information. Technologies in Psychitric Nursing. Perspectives in Psychiatric Care 43, 77-83.

Välimäki M., Suhonen. R, Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. Hoitotiede 19, 115-127.

Internet-lähteet

Etene. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Viitattu 11.10.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1504.pdf

Hus. 2012a. Paloniemen sairaala. Viitattu 5.3.2013.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/paloniemen-sairaala/osastot/Sivut/Osasto-4.aspx>

Kansallinen terveysarkisto.2012. Viitattu 1.3.2013.

<http://www.kanta.fi/>

Kela. 2012a. Viitattu 5.3.2013.

<http://www.kela.fi/toiminta>

Kela. 2012b. Viitattu 5.3.2013.

<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/071101173323EH?OpenDocument>

Kela. 2012c. Viitattu 30.5.2013.

<http://www.kela.fi/lomakkeet>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Viitattu 2.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sähköisestä asioinnista 2003/13. Viitattu 10.10.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030013>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Viitattu 5.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista 2009/617. Viitattu 10.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090617>

Lääketietokeskus. 2012. Viitattu 6.3.2013.
<http://www.laakeinfo.fi/Frontpage.aspx>

Mielenterveyslaki. 1990. Viitattu 2.3.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mielenterveystalo. 2012. Viitattu 2.3.2013.
<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012.. Tietojärjestelmähankkeet: sähköinen potilastietoarkisto ja sosiaalialan tiedonhallinta. Viitattu 5.3.2013
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet

Suomen mielenterveysseura. 2012. Viitattu 1.3.2013. <http://www.mielenterveysseura.fi/>

Terveydenhuoltolaki. 2010. Viitattu 30.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Terveyskirjasto. 2013. Psykiatria, mielen sairaudet. Viitattu 5.3.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_selaus=7776

Tukinet. 2007. Viitattu 1.3.2013. <https://www.tukinet.net/>

Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2006. Viitattu 2.3.2013.
<http://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670334463/1154756796742.html>

Muut lähteet

Hus. 2012b. Pro Stars-hanke Lohjan sairaanhoitoalueella, hankesuunnitelman esittely 5.9.2012: Lohjan sairaanhoitoalue.

Liitteet

Kyselylomake

Liite 1

HUS ja Laurea-ammattikorkeakoulu

Sähköisten järjestelmien käyttö potilasohjauksessa

Hei, olemme Teija Lindberg ja Rauni Väkkärä, sairaanhoidon opiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta, Lohjalta.

Kartoitamme Helsingin ja Uudenmaan Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikössä Paloniemen sairaalassa toimivien hoitohenkilökunnan valmiuksia hyödyntää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tämä on osa ProStars-hanketta.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada hoitohenkilökunta käyttämään sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Vastaukset käsitellään anonymisti. Taustakysymykset ja tietojärjestelmien käyttöön liittyvät kysymykset käsitellään numeerisesti. Avoimet kysymykset käsitellään sisällön analyysin avulla siinä muodossa miten vastaaja on ne kirjoittanut. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Tutkimuksen tulokset raportoidaan valmiissa opinnäytetyössä joka toimitetaan Paloniemen sairaalaan henkilökunnan saataville.

Kysymykset olemme laatineet yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa. Vastaamme mielellämme teitä askarruttaviin kysymyksiin.

teija.lindberg@laurea.fi ja rauni.vakkara@laurea.fi

1 Taustakysymykset

Valitse pudotusvalikosta itsellesi sopiva vaihtoehto.

1.1 Sukupuoli	--Valitse tästä--
1.2 Ikä	--Valitse tästä--
1.3 Työkokemus psykiatriassa	--Valitse tästä--
1.4 Ammattinimike	--Valitse tästä--
1.5 Osasto	--Valitse tästä--
1.6 Työsuhde	--Valitse tästä--

2 Tietojärjestelmien käyttö

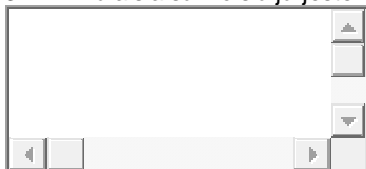
Näillä kysymyksillä haluamme selvittää kokemuksiasi sähköisten järjestelmien käytöstä. Vastaa kysymyksiin kyllä tai ei.

	Kyllä	Ei
2.1 Oletko hyödyntänyt tietokonetta potilaan ohjauksessa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 Onko mielestäsi sähköiseen ohjaukseen työaikaa käytettävissä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Koetko sähköisen ohjauksen tarpeelliseksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 Hyötyykö mielestäsi potilas sähköisestä ohjauksesta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 Onko tarvittavia tiloja käytössä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Tarvitaanko ohjaukseen koulutusta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Pitäisikö ohjauksessa käyttää yhteisesti sovittuja sivustoja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Avoimet kysymykset

Näillä kysymyksillä haluamme selvittää miten sähköisten järjestelmien käyttöä voisi kehittää. Vastaa kysymyksiin omin sanoin.

3.1 Minkälaisia sähköisiä järjestelmiä olette hyödyntäneet työssä?




3.2 Minkälaisissa ohjaustilanteissa sähköisten järjestelmien hyöty olisi suurin?



3.3 Mitkä asiat edistävät sähköisten järjestelmien käyttöä potilasohjauksessa?



3.4 Mitkä asiat estävät sähköisten järjestelmien käyttöä potilasohjauksessa?



Tietojen lähetys

Kiitos vastauksestasi!

Saatekirje

Liite 2

Olemme Teija Lindberg ja Rauni Väkkärä. Opiskelemme Laurea ammattikorkeakoulussa Lohjalla sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Paloniemen sairaalan kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan nykytilan valmiuksia hoitaa ja ohjata potilaita sähköisten järjestelmien avulla. Sähköisiä järjestelmiä ovat esimerkiksi mielenterveystalo, terveysportti ja Kela ym. Opinnäytetyön tavoitteena on saada hoitohenkilökuntaa käyttämään sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa.

Opinnäytetyön aiheena on Helsingin ja Uudenmaan Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikössä työskentelevien hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tämä on osa Pro Stars-hanketta. Pro Stars-hankkeen tarkoituksena on valmistella sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja kliiniseen sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköissä vuosina 2012-2013. (Hus 2012b.)

Teemme kyselyn koko Paloniemen sairaalan hoitohenkilökunnalle joilla on käytössään Husin sähköpostiosoite. Rajaamme kyselyn vain Paloniemen sairaalaan.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista ei pysty tunnistamaan eri vastaajia. Tutkimusaineisto kerätään vain tähän tutkimukseen ja tietojen tallentamisen jälkeen vastaukset hävitetään.

Kyselyyn voi vastata kesäkuun aikana ja tutkimus valmistuu syksyn 2013 aikana.

Kyselyn vastaamiseen menee noin viisi minuuttia.

Vastaamme mielellämme tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Lohjalla 30.5.2013

Terveisin

Teija Lindberg
teija.lindberg@laurea.fi

Rauni Väkkärä
rauni.vakkara@laurea.fi



Tutkimuslupahakemus

1 (1)

13.5.2013

Opinnäytetyön tekijät

Teija Lindberg ja Rauni Väkkärä

Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet

p. 040 563 2530
p. 041 457 4061

Organisaatio/Yksikkö

Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja

Organisaation/Yksikön yhteystiedot

Nummentie 6, 08100 Lohja

Koulutusohjelma

Hoitotyö

Opinnäytetyön ohjaaja/ohjaajat

Ulla Lemström ja Anu Elorinne

Opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot

09-8868 7838, 09-8868 7815

Opinnäytetyön nimi

Sähköiset järjestelmät mielenterveystyön tukena

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma

Opinnäytetyön tavoitteena on pyrkiä aktivoimaan hoitohenkilökuntaa käyttämään sähköisiä järjestelmiä potilaan hoidossa ja ohjauksessa.

Opinnäytetyön aineisto menetelmät ja aikataulu

Sähköinen kyselylomake. Kyselyn vastausaika on kesäkuu 2013. Tutkimus valmis joulukuun 2013.

Liitteet: e-lomake, opinnäytetyön suunnitelma

LOHJA 22.5. 2013
Paikka ja aikaTeija Lindberg Rauni Väkkärä
Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitukset

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

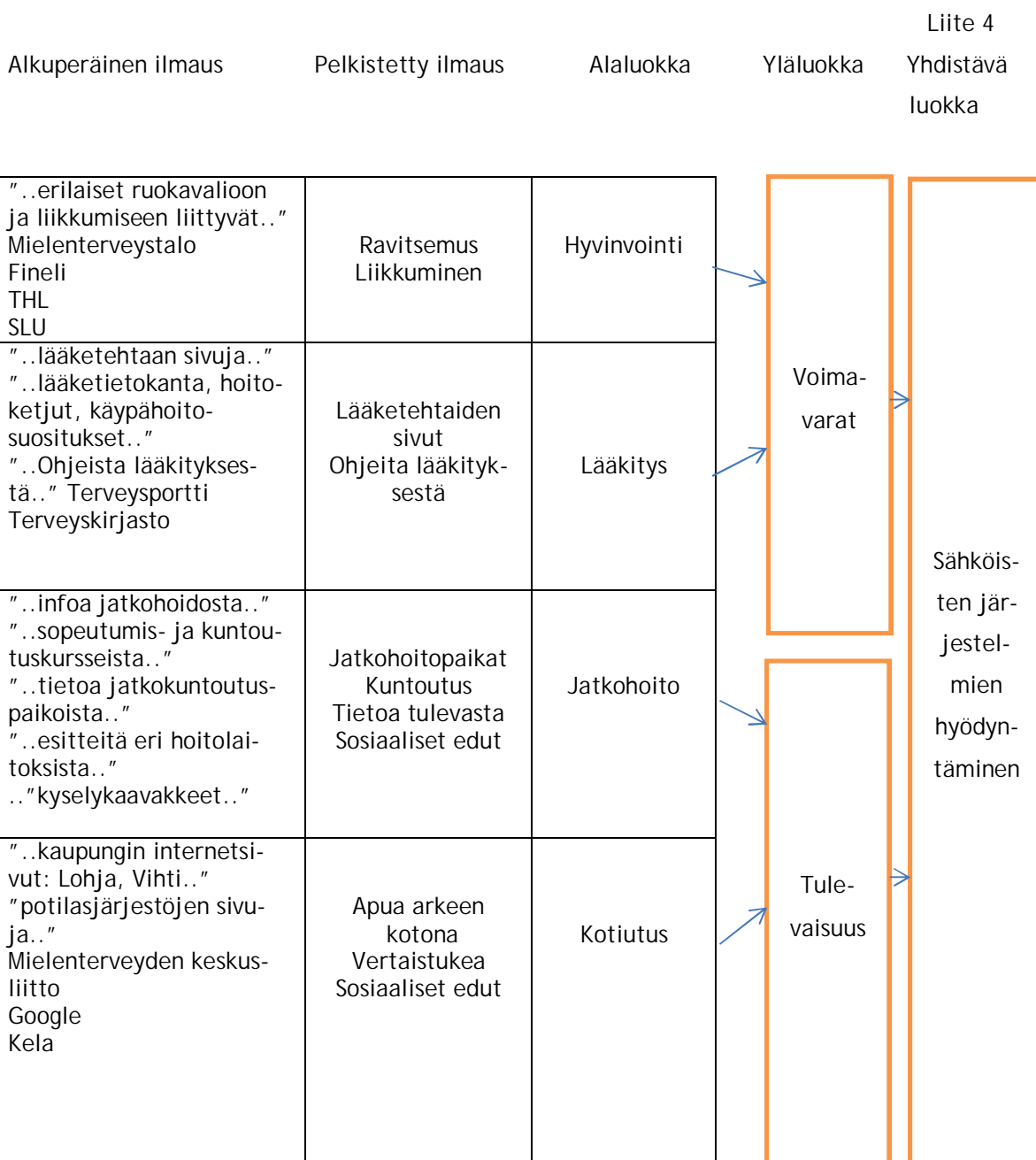
Tutkimuslupa on myönnetty

Lohja 7.6.2013

Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemisensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Kuviot



Kuvio 1: Minkälaisia sähköisiä järjestelmiä olette hyödyntäneet työssä?

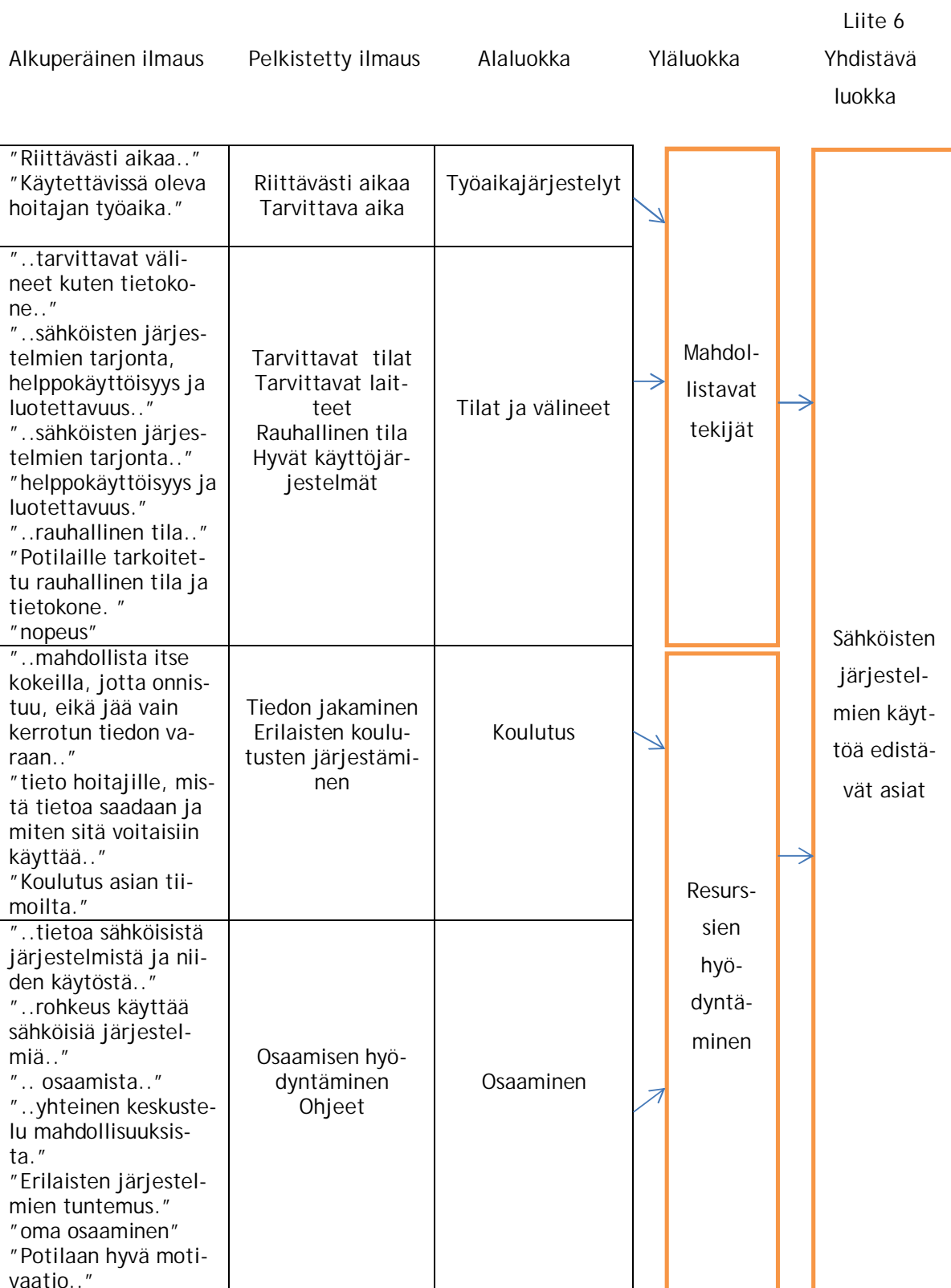
Liite 5

Alkuperäinen ilmaus Pelkistetty ilmaus Alaluokka Yläluokka Yhdistävä luokka

"..potilaan kotiutumisvaiheessa, jotta löytää tarvittavat sivustot.." "..kotiin kuntouttaessa.." "..motivoida oman elämän hallintaan.."	Jatkokuntoutus Arjen sujuminen Motivointi	Kotiutus	→		
"..jatkokuntoutukseen.." "..nuorien kohdalla voidaan tavoittaa heidät paremmin ja motivoida.." "..haettaessa tietoa mm. eläkkeistä, erilaisista tukimuodoista tai lastensuojelusta.." "..kyselykaavakkeet hoidon ja kuntoutuksen tukena.." "..kelan tarjoamia palveluita.." "..polikliinisessa työssä.."	Polikliininen työ Kyselykaavakkeet Sosiaaliset etuudet Potilaan tavoitettavuus	Jatkohoito	→	Hoidon jatkuvuus	→
".. ohjaustilanteissa, itseenäiseen tiedon etsimiseen.." "..tietoa lääkityksestä ja mielenterveydestä.." "..käydään läpi potilaan sairautta, oirekuva.." "..potilasohjeita eri diagnooseista ja niiden hoitomuodoista.." "Esim psykoedukaatiossa" "..mielenterveyspalvelujen käytön aloittamisessa." "..ryhmätapaamisissa." "..ohjaustilanteessa yhdessä potilaan kanssa ratkaistaan ongelmaa tai etsitään tietoa.."	Ohjaustilanne Psykoedukaatio Mielenterveyspalveluiden käyttö Ryhmätapaamiset	Ohjaus	→	Toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvu	→
"..tietoa koulutuksista, työpaikoista, asunnoista.." "..ajankohtaista tietoa ja potilas on itse kiinnostunut/motivoitunut asiasta." "..lisäinformaatiota potilaalle."	Elämänhallintaan tarvittava apu Tukiverkoston etsiminen	Tiedonhaku	→		

Sähköisten järjestelmien hyödyt

Kuvio 2: Minkälaisissa ohjaustilanteissa sähköisten järjestelmien hyöty olisi suurin?



Kuvio 3: Mitkä asiat edistävät sähköisten järjestelmien käyttöä potilasohjauksessa?

Liite 7

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
"Ajan puute" "..kiire.."	Ajan puute Henkilökunnan vähyys.	Työaikajärjestelyt		
"..tilan puute ja tietokonetta ei käytetävissä.." "osastolle ei ole tietokonetta joka tarkoitettu potilaille." "Poistuminen osastolta välillä hankalaa." "Osaston ulkopuolella olevassa koneessa hyvin hitaat nettiyhteydät" "..päivittäinen kirjaaminen joskus hankalaa.." "..vain yksi tietokone potilaskäyttöön, joka ei aina toimi."	Tilojen ja laitteiden puute Tarkoituksenmukaiset tilat ja laitteet puuttuvat	Tilat ja välineet	Estävät tekijät	
"..ei tunne käytettävää sähköistä järjestelmää.." "tiedon puute" "..hoitajan omat resurssit.." "..koulutuksen puute." "Tietoa liikaa saatavilla, tiedon löytäminen vie aikaa."	Tiedon puute Hoitajan omat resurssit Koulutuksen puute	Osaaminen	Sähköisten palveluiden hidas kehittyminen	
"potilaan huono psyykinen vointi" "..potilaan saama huomio vähenee.."	Yhteistyö potilaan kanssa	Potilaslähtöisyys		Sähköisten järjestelmien käyttöä estävät asiat

Kuvio 4: Mitkä asiat estävät sähköisten järjestelmien käyttöä potilasohjauksessa?

Liite 8

Vastaaja	Kysymys 2.1		Kysymys 2.2		Kysymys 2.3		Kysymys 2.4		Kysymys 2.5		Kysymys 2.6		Kysymys 2.7	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
1	x			x	x		x		x		x		x	
2	x			x	x		x		x		x			x
3		x	x		x		x			x		x	x	
4	x		x		x		x			x		x		x
5	x		x		x		x			x	x		x	
6		x	x		x		x		x		x		x	
7	x		x		x		x		x		x		x	
8		x	x			x	x			x	x		x	
9	x			x	x		x		x		x		x	
10	x		x		x		x			x	x			x
11	x		x		x		x			x	x		x	
12		x		x	x		x			x		x	x	
13	x			x		x		x		x		x	x	
14		x	x			x		x	x		x		x	
15	x			x	x		x			x	x		x	
16	x			x	x		x			x	x		x	
17		x		x		x		x		x	x		x	
18	x		x		x		x		x			x		x
Yhteensä	12	6	10	8	14	4	15	3	7	11	13	5	14	4

Taulukko 1. Tietojärjestelmien käyttöön liittyvät kysymykset